Rok XL. Kraków, 25 Maja 1901. Nr. 21.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Dwa przyczynki do techniki barwienia włókien nerwowych.

Doniesienie tymczasowe.

Podali

Dr. Karol Rychliński, ordynator szpit. św. Jana Bożego i Dr. Teodor Łapiński, asystent szpitala.

Barwienie włókien nerwowych zapomocą metody Weigerta, Pala i Kulczyckiego obok bardzo ładnych obrazów drobnowidowych posiada tę niedogodność, że kawałki tkanki nerwowej, którą pragniemy zabarwić, musimy utrwalać przez dłuższy czas w płynie Müllera, Erlickiego lub w czystym rozczynie dwuchromianu potasowego. Mitręga, na którą narażony jest każdy badacz, zmuszony posiłkować się dotychczas znanemi metodami barwienia włókien nerwowych, była powodem, że wielu z nas szukało dróg, za pomocą których możnaby było uniknąć 1) dłuższego, bo przynajmniej 4—5 tygodni wymagającego utrwalenia w solach chromowych i 2) przeprowadzania utrwalonego preparatu przez wyskok, parafinę lub płynną celoidynę.

W formalinie, którą zaczęto używać od kilku lat, znaleźliśmy wyborny środek utrwalający; zamiast zaś zatapiania preparatu w parafinę, lub celoidynę, zaczęto przygotowywać skrawki z zamrożonych kawałków. Dwa te czynniki zdziałały, że obecnie pracownie są w stanie badać tkanki wkrótce po dokonanej obdukcyi z tym tylko wyjątkiem, że włókien nerwowych nie udało się zabarwić w sposób zadawalniający, gdyż wszelkie modyfikacye metody Weigerta tylko do pewnego stopnia zadość czyniły zamiarom naszym.

Sposoby barwienia, o których poniżej mówić będziemy, wypróbowane przez nas na wielu skrawkach, być może grzeszą jednostronnością przez to, że nie były dotąd stosowane do tkanki nerwowej o wyraźnych zwyrodnieniach.

Pozwalamy sobie jednak już teraz podać opis naszych modyfikacyj, ufając, że dalsze badania pozwolą nam lub innym badaczom wyprowadzić wnioski, w jakich razach proponowane przez nas sposoby mogą być zastósowane, w jakich zaś należy stosować inny sposób barwienia.

Sposoby nasze różnią się jeden od drugiego tylko różną zaprawą (bejcowaniem), gdy tymczasem w całem uprzedniem traktowaniu postępowanie w głównych zarysach jest jednakowe.

Przeze mnie dokonana modyfikacya (Rychliński) polega na tem, że skrawki z kawałków, utrwalonych w ciągu 24 godzin w 5% rozczynie formolu, otrzymane na mikrotomie zamrażającym, po rozprostowaniu w wodzie przekroplonej, przenoszę na 1 do 10 minut (stosownie do grubości i wielkości skrawka) do słabego wodnego rozczynu hematoksyliny (przygotowanie barwnika takie same jak u Weigerta, z tą różnicą, że bardzo znacznie rozcieńczam rozczyn wyskokowy [0,8 hem.: 10,00 alkoholu] hematoksyliny przed samem zamierzonem barwieniem).

Skrawek zabarwiony przepłókuję w wodzie przekroplonej i następnie przenoszę na kilka minut (1—4) do słabego rozczynu (2%) sody, lub nasyconego rozczynu węglanu litowego. W płynach tych następuje różniczkowanie, polegające na tem, że istota szara nabiera niebieskawego zabarwienia, biała zaś pozostaje blado różowa.

W tym okresie odbarwienia skrawek przenoszę do 5% rozcz. dwuchromianu potasowego, w którym włókna nerwowe zabarwiają się natychmiastowo na kolor czarno-fioletowy.

Po przepłókaniu zabarwionego skrawka w wodzie i po przeniesieniu go na szkiełko przedmiotowe odbywam zwykłe rękoczyny w celu prześwietlenia i utrwalenia w balsamie preparatu.

Pod drobnowidem spostrzegamy, że wszystkie włókna myelinowe barwią się na kolor ciemny i wyraźnie odbijają od niezabarwionego tła szarej istoty mózgowej. Na cienkich skrawkach (5 μ) z kory mózgowej wybornie zarysowuje się drobna siatka włókien tangencyalnych; otoczka zaś włókien poprzecznie przeciętych widoczną jest bardzo wyraźnie.

Słabą poniekąd stroną opisanego powyżej sposobu, na mój pogląd, jest ta okoliczność, że włókna nerwowe, rozpatrywane pod 7-ką Reicherta, mają wejrzenie napęczniałe i bardzo wyraźną paciorkowatość. Nie śmiem utrzymywać, czy napęczniałość i paciorkowatość jest wynikiem sprawy chorobowej za życia (badałem tkankę nerwową osób zmarłych na porażenie postępujące), czy też zależy od sposobu utrwalania, lub od zamrażania, lub wreszcie od pęcznienia w rozczynie sody. Preparaty w ten sposób zabarwione dają się podbarwiać van-Giesonem, który, oprócz innych części, zabarwia wybornie osiowe cylindry.

Wyjaśnienie tych wątpliwości muszę pozostawić do czasu, aż będę w stanie podać bliższe szczegóły, niż na to pozwala tymczasowe doniesienie, którego formę pragnąłbym utrzymać dla niniejszych słów.

II-gi sposób (Łapiński) polega na tem, że skrawki, barwione (15 minut) w hematoksylinie, przenoszę na 24 godzinę do nasyconego rozczynu octanu miedziowego. W płynie tym odbywa się różniczkowanie samo przez się i skrawek nabiera intenzywnie niebieskiego zabarwienia tam, gdzie są włókna myelinowe i blado niebieskiego — w miejscach, odpowiadających szarej istocie. Różniczkowanie przyspieszyć można przez opłókanie zabarwionego hematoksyliną skrawka w 2% rozczynie sody. Wtedy już po 4-ch go dzinach skrawek może być z dobrym wynikiem utrwalony w balsamie. Pod drobnowidem włókna myelinowe przedsta-

wiają się pod postacią ciemno-niebieskich niteczek, bardzo jaskrawo odbijających od nader mało zabarwionego, gdyż niemal jasnego tła.

Przy zaprawie octanem miedziowym jądra komórek barwią się na kolor ciemny wyraźniej, niż przy użyciu zaprawy chromowej.

Myelinowe włókna i przy użyciu tego sposobu barwienia mają również wejrzenie napęczniałe i paciorkowatość, co być może zależy od użycia do badania identycznego z poprzednio wspomnianym materyału badanego.

II. Rozwój i obecne stanowisko organoterapii

2. Gruczoł tarczykowy.

Skreślił

Doc. Dr. L. Korczyński.

Z pośród wszystkich narządów gruczoł tarczykowy wymieniamy na pierwszem miejscu z tego powodu, że najwcześniej zaczęto go stosować jako środek leczniczy, najwszechstronniej badano jego wpływ i najdokładniej poznano biologiczne jego znaczenie. Stało się to przedewszystkiem za sprawą chirurgii. Chirurdzy pierwsi poznali, że po wyjęciu gruczołu tarczykowego, wykonanem w celach leczniczych, zjawia się cały szereg objawów, które nie inaczej rozumieć należy, jak tylko jako następstwo wygaśnięcia czynności gruczołu tarczykowego. Stwierdzenie samego faktu wywołało dalsze poszukiwania doświadczalne, a badania Brunsa, Fuhra, Rogowicza, Albertoniego, Wagnera, Schiffa, Elsenberga i in., wykonywane na zwierzętach, wykazały dowodnie, że gruczoł tarczykowy w ekonomii ustroju istotnie nader ważną odgrywa rolę, że wytwarza jakąś istotę, która, jak o tem już z doświadczeń Rogowicza [1]) wnosić można, według wszelkiego prawdopodobieństwa zobojętnia związki trujące, wytworzone w ustroju jako wytwory przemiany materyi. Jaką drogą odbywa się to zobojętnianie nie umiano sobie na razie wytłómaczyć.

W toku doświadczeń poznano nadto jeszcze jeden ważny szczegół, stwierdzono mianowicie, że można zapobiedz charłactwu, występującemu u zwierząt po wyjęciu gruczołu tarczykowego, jeśli wszczepi się im gruczoł tarczykowy do jamy otrzewnowej. Następstwa tego były bardzo doniosłe dla leczenia wszystkich tych chorób, których istotna przyczyna leży w ustaniu czynności gruczołu tarczykowego, a więc dla leczenia obrzęku śluzakowego, pierwotnego lub pooperacyjnego, matołectwa, tężyczki Mikulicza. Pokuszono się o wykonywanie wszczepienia (implantacyi) także u ludzi. Gdy pierwsze próby, przedsięwzięte przez Birchera [2]) i Kochera w r. 1889 i 1890 wypadły dodatnio, poszli wskazanym szlakiem inni, jak Lannelongue i Legroux [3]) Walter i Merklen [4]), Macphersen [5]), i tak rozpoczęła się era terapii zastępczej (substytucyjnej), jak ją w początkach nazywano, terapii, polegającej na wszywaniu pod skórę zdrowego gruczołu tarczykowego.

Nie zawsze jednak udawało się w ten sposób osiągnąć trwałe wyleczenie. Wszyty gruczoł dość często ulegał powolnemu zanikowi i wessaniu: objawy choroby powracały, a wtedy znów trzeba było uciekać się do zabiegu chirurgicznego. Dlatego też już w r. 1891 zaczęto próbować, obok wszczepiania, leczenia wewnętrznego, stosując je bądź w postaci wstrzykiwań wyciągów, otrzymywanych z gruczołu tarczykowego, jak to czynili G. Murray [6]), H. W. G. Mackensie [7]), E. L. Fox [8]), bądź też podając wprost do spożywania gruczoł tarczykowy za przykładem Howitza [9]).

Leczenie wewnętrzne, o wiele wygodniejsze, nie wymagające od lekarza specyalnej wprawy chirurgicznej, coraz bardziej zaczęło się przyjmować i wyrugowało wkrótce zupełnie polecany pierwotnie zabieg chirurgiczny.

Równocześnie starano się postać leku uczynić bardziej przystępną i bardziej estetyczną, zastąpić gruczoł jako taki przetworem farmaceutycznym, któryby zawierał istotę działającą gruczołu tarczykowego, dawał się łatwo przez dłuższy czas przechowywać, nie raził chorych swem wejrzeniem. Sposoby otrzymywania takiego przetworu podali najpierw Vermehren [10]) i White [11]). Pierwszy z nich uzyskał go przez strącenie istoty leczniczej z wyciągu glicerynowego gruczołu, za pomocą wyskoku, drugi zapomocą kwasu fosforowego. Osobny sposób podali w parę lat później Haaf i Traczewski, a przetwór ich, wyrabiany fabrycznie przez Knolla w Friedrichshafen, wszedł w użycie pod nazwą *thyraden* lub *extractum thyroideae*. Największe wszakże znaczenie miało odkrycie przez Baumanna [12]) połączenia, zawierającego znaczne ilości jodu w związku organicznym, działającego prawie tak samo, jak gruczoł tarczykowy w całości, a przedstawiającego zalety czystego przetworu farmaceutycznego. Przetwór ten, nazwany jodothyryną lub thyrojodyną, zasługuje ze wszystkich na największą uwagę i najbardziej się też rozpowszechnia. Nie zupełnie jeszcze w skutkach działania oceniona jest tyreoantitoksyna Fränkla [13]), tyreoproteid Notkina [14]) i tyroglandina Stanforda [15]), to też bezwzględnie przetworów tych jeszcze polecać nie można.

W ścisłym związku z samą terapią, ze stwierdzeniem wyników leczniczych i gromadzeniem coraz liczniejszego materyału statystycznego, były także badania dokładniejsze, zmierzające do poznania i do określenia istoty działania gru-

[1]) Rogowicz: Zur Physiologie der Schilddrüse. »Centrblt. f. d. med. Wissensch.« 1886. S. 530.

[2]) Bircher: Das Myxödem u. d. cretinische Degeneration »Volkmanns Saml. kl. Vortr. 1890.

[3]) Lannelongue i Legroux: »Virchow-Hirsch. Jahresbericht“ 1890 II. S. 330.

[4]) Walter i Merklen: Ibidem.

[5]) Macphersen: »Centrblt. f. inn. Med.« 1892. S. 871.

[6]) G. Murray: »British med. Journ.« 1891. Ref. »Schmidts-Jahrb.« 1892.

[7]) H. W. G. Mackensie: »British med. Journ«. 1892. Ref. »Schmids Jahrb.“ 1895. S. 237.

[8]) E. L. Fox: Ibidem.

[9]) Howitz: Cyt. przez Vermehrena. »Deut. med. Wochschft.« 1893. Nr. 11.

[10]) Vermehren: »Deut. med. Wochschft.« 1893. S. 255.

[11]) White: »Britsh. med. Journ.« 1893 Ref. »Therap: Monatshefte.« 1893.

[12]) Baumann: »Zeitschr. f. Physiologie« 1895. T. XXI. S. 319.

[13]) Fränkel: Thyreoantitoxin, der physiologisch wirksame Bestandtheil der Thyroidea. »Wiener klin. Wochschft« 1895. Nr. 48. i tegoż autora: Beiträge zur physiologischen Chemie der Thyroidea »Wiener klin Blätter« 1896.

[14]) Notkin: Ref. Therap. Monatshefte 1894. S. 280.

[15]) Standtford: Deutsche med. Wochschft. 1899. LB. S. 20.

czołu tarczykowego. Zmuszały do nich spostrzeżenia wykazujące, że wśród podawania gruczołu tarczykowego, lub jego przetworów, występuje cały szereg objawów, nie zawsze obojętnych, niekiedy nawet wprost groźnych dla życia, które ostatecznie wbrew pierwotnemu zdaniu Leichtensterna[16]) i późniejszym zapatrywaniom Lanza[17]), trzeba odnosić do bezpośredniego wpływu, wywieranego przez istotę działającą gruczołu tarczykowego na ustrój. Najwcześniej zwrócono uwagę na zachowanie się przemiany materyi, która, jak słusznie sądzono, nie odbywa się prawidłowo w przebiegu obrzęku śluzakowego i pokrewnych mu chorób. Potrzebę tych badań wskazywał nadto spostrzegany prawie stale ubytek ciężaru ciała chorych, leczonych gruczołem tarczykowym.

Pierwsze, jakkolwiek nie zbyt ścisłe oznaczenia pochodzą od lekarzy angielskich Orda i Whitego[18]). Stwierdzają one, że pod wpływem wstrzykiwań wyciągów gruczołu tarczykowego zwiększa się u chorych, dotkniętych obrzękiem śluzakowym, ilość azotu wydzielanego w moczu. Późniejsze, z całą ścisłością wykonywane rozbiory Vermehrena[16]), Bleibtreua i Wendelstadta[17]), Magnusa Levy'ego[18]), Treupla[19]), Głuzińskiego i Lembergera[20]) i in., potwierdziły w zupełności spostrzeżenia angielskie, wykazując, że pod wpływem przetworów gruczołu tarczykowego przyspiesza się istotnie proces spalania istot azotowych, w tym nawet stopniu, że ustrój traci swoje własne białko. W wyższym jeszcze stopniu działa gruczoł tarczykowy na spalanie się istot bezazotowych, co wykazały dokładne gazometryczne pomiary Magnusa Levyego[21]), Thiela i Nehringa[22]). Spalanie tłuszczu bywa w niektórych przypadkach bardzo energiczne i bardzo szybkie i ono to sprawia znaczną utratę wagi ciała.

Nie zawsze jednak wpływają przetwory gruczołu tarczykowego w jednakim stopniu na przemianę pierwiastków. Znane są spostrzeżenia, n. p. Scholza[25]), Richtera[26]) i in., w których chorzy nie tracili na wadze, u których utrzymywał się dodatni bilans azotu. Wyjątek od ogólnej zasady może być następstwem pewnych osobniczych właściwości ustroju, szczegół, który podnosi Dennig[27]) ilości spożywanego pokarmu, a prawdopodobnie także i jakości podawanego przetworu. Mamy już bowiem sprawozdania dowodzące, że gruczoł tarczykowy zawierać może różne ilości działającej istoty, zależnie nie tylko od rodzaju zwierzęcia, ale także od sposobu jego żywienia i od pory, w której dokonano wycięcia gruczołu. Na ten ostatni szczegół zwraca uwagę między innymi Rother[28]) w kazuistycznej pracy: O obrzęku śluzakowym.

Wyjątki takie nie mogą jednak osłabiać ogólnej zasady, opartej na licznych już i ścisłych spostrzeżeniach, wykazujących, że pod wpływem gruczołu tarczykowego odbywa się szybciej cała przemiana materyi. Opiera się na nich obecna teorya przyjmująca, że zadanie istoty, wytwarzanej w warunkach fizyologicznych przez gruczoł tarczykowy, polega na podniecaniu żywotności tkanin w kierunku przemiany pierwiastków.

Przypomina ona po pewnego przynajmniej stopnia teoryę Poehla o t. zw. utlenianiu wewnętrznem. Być może że w tem podnieceniu spalania się wytworów wstecznej przemiany ciał azotowych tkwi istota odtruwającego działania gruczołu tarczykowego, spostrzegana tak wybitnie w przypadkach chery lub tężyczki pooperacyjnej. Przypuszczenie to uzasadniać by mogły doświadczenia De Luci i D Angerio[30]) wykonywane na psach, a wykazujące, że mocz zwierząt, pozbawionych gruczołu tarczykowego, posiada w wyższym stopniu własności trujące, że działanie trujące zmniejszyć można przez wstrzykiwania soku gruczołowego do jamy otrzewnowej.

Zagadnień biologicznych, co do wpływu gruczołu tarczykowego na przemianę materyi, dotyka bezpośrednio zajmująca praca Prof. Głuzińskiego i Docenta Lembergera[31]) z r. 1898. Autorowie użyli do doświadczeń dwóch psów, młodej i starej suki. Po dokładnem wyłuszczeniu gruczołu tarczykowego oznaczali bilans azotu i fosforu. U psa młodego stwierdzono większy rozpad białka, zmniejszone wydzielanie kwasu fosforowego z moczem i prawdopodobnie mniejszy rozpad tłuszczu. Stosunki zmieniły się bardzo rychło, gdy zwierzę dostawać zaczęło z pożywieniem świeży gruczoł tarczykowy; wystąpił wtedy dodatni bilans azotu, zwiększyła się ilość wydzielanego w moczu kwasu fosforowego, a równocześnie dostrzeżono wyraźny spadek ciężaru ciała; ztąd wniosek, że zwierzęciu przybywało białka, czyli mięśni, ubywało tłuszczu. U starej suki stwierdzono po wyjęciu gruczołu dodatni bilans azotu, a więc przybytek tkanki mięsnej; odmiennie niż u psa młodego działał w tym przypadku gruczoł tarczykowy, dodany do pożywienia. Stwierdzono wtedy, że ilość wydzielanego azotu, pomimo jednakowego pożywienia i jednakiej wessalności, stawała się większa, a wreszcie że wystąpił ujemny bilans; waga ciała, która od dnia wyłuszczenia gruczołu nieznacznie, ale stale spadała, podniosła się w okresie, w którym zwierze otrzy-

---

[16]) Leichtenstern: Ueber Myxödem u. über Entfettungskuren mit Schilddrüsenfütterung. »Deut. med. Wochschft« 1894.—S. 932.

[17]) Lanz: „Deutsche. med. Wochschft« 1896.

[18]) W. M. Ord i F. White: »British med. Journ«. 1893.

[19]) Vermehren: Stoffwechseluntersuchungen nach Behandlung mit Glandula thyroidea an Individuen mit und ohne Myxödem. »Deutsch. med. Wochsch.t.« 1893.

[20]) Bleibtreu i Wendelstadt: Stoffwechseluntersuchungen bei Schilddrüsenfütterung. »Deut. med. Wochschft« 1895. Nr. 29.

[21]) Magnus Levy: Untersuchungen zur Schilddrüse. »Zeitschft f. kl. M.« T. 33. 1897.

[22]) Treupel: Stoffwechseluntersuchungen bei einem mit Jodothyrin behandelten Falle v. Myxödem. »München. med. Wochschft« 1896 Nr. 38.

[23]) Gluziński i Lemberger: O wpływie istoty gruczołu tarczykowego na wymianę materyi i t. d. «Przegl. lek.« 1896 str. 482 i Centrblt f. inn Med. 1897 S. 89.

[24]) Lévy: Untersuchungen zur Schilddrüsenfrage. »Zeitschft. f. kl. Med.« XXXIII. 1897.

[25]) Thiele i Nehring: Untersuchungen des respiratorischen Gaswechsels. i t. d. »Centrblt. f. kl. Med.« XXX. 1896.

[26]) Scholz: Ueber den Einflus der Schilddrüsenbehandlug i t. d. »Centrblt. f. inn. Med.« 1895.

[27]) Richter: Zur Frage des Eiweisszerfalles nach Schildrüsenfütterung. »Centrblt. inn. Med.« 1896.

[28]) Dennig, »Münch. med. Wochschft« 1895. Nr. 20.

[29]) Rother: »Nowiny lekarskie« 1897. S. 321. — Por. także pracę J. Weissa: Ueber den Jodgehalt von Schilddrüsen in Schlesien. »Münch. med. Wochschft« 1894. Nr. 1.

[30]) De Luca e V. D'Angerio: Sul potere antitossico delle glandole tiroide. (Ref. »Centrblatt f. inn. Med.« 1898. S. 181).

[31]) W. A. Gluziński i I. Lemberger. O wpływie braku gruczołu tarczykowego w organizmie zwierzęcym na wymianę materyi. »Rozpr. wydz. mat. przyrodn. Akad. Um.« S. II. T. XIV. 1899.

mywało świeży gruczoł z pokarmami. Na podstawie swych badań wnoszą autorowie, „że znaczenie gruczołu tarczykowego nie jest równe w każdym wieku, że jest o wiele donioślejsze w wieku młodym, podrzędniejsze w wieku późniejszym. U młodego zwierzęcia wywołuje usunięcie gruczołu żywszy rozpad istot białkowatych, mniejszy rozpad tłuszczu, powoduje, że w ustroju nagromadza się kwas fosforowy; u zwierzęcia starego dostrzedz można przeciwnie mniejszy rozkład istot białkowatych i zatrzymywanie się w mniejszym stopniu kwasu fosforowego“.

Zmiany w wydzielaniu kwasu fosforowego, spowodowane wyłuszczeniem gruczołu tarczykowego i wpływ, wywierany przez fosforany na zwierzęta, pozbawione tego gruczołu, wywołały potrzebę bliższego zbadania możliwego związku między czynnością gruczołu, dowozem soli kwasu fosforowego i stanem operowanych zwierząt. Sprawą tą, poruszoną najpierw przez Roosa[32]), zajmował się Traczewski[33]). Doświadczenia jego wykazały, że u zwierząt, pozbawionych części gruczołu tarczykowego, a nie okazujących jeszcze żadnych chorobliwych objawów, zjawiały się bardzo rychło te objawy, gdy podawać im zaczęto w nieco większej ilości sole kwasu fosforowego, znikały po ich usunięciu. Widocznie więc działać muszą fosforany w jakiś sposób na istotę wydzielaną przez gruczoł tarczykowy, zobojętniają ją poniekąd i pozbawiają w ten sposób ustrój ciała, sprowadzającego równowagę w pewnych jego czynnościach; – to znów przypomnienie czynnej i nieczynnej sporminy Poehla. Wynikałoby ztąd, że w przypadkach niedostatecznej czynności gruczołu tarczykowego, w stanie nazwanym przez Ferriera[34]) hipotyroidyzacyą, ograniczać należy dowóz fosforanów, w przypadkach czynności nadmiernej, jak to przypuszczalnie ma miejsce w chorobie Basedowa, działać mogą fosforany jako skuteczny środek leczniczy.

Badaniom przemiany materyi, niewątpliwie bardzo pożądanym nie tylko ze stanowiska teoretycznego, ale także praktycznego, nie ustępują pod względem ogólnego znaczenia doświadczenia, przedsiębrane na zwierzętach w innym kierunku. Na małą skalę rozpoczął je jeszcze w r. 1887 Ewald[35]), a dalej prowadzili Chantemesse i Marie[36]) Heinatz[37]), Schaefer[38]), Ballet i Enriquez[39]), Lanz[40]), Georgiewsky[41]) i in. Wyniki wszystkich prawie prac są zasadniczo zgodne ze sobą; wykazują, że przez dłuższe podawanie większych dawek sprowadzić można zatrucie, a w końcu śmierć zwierząt, użytych do doświadczeń. Georgiewsky, który bardzo szczegółowo zajął się tym przedmiotem, zestawił sumiennie piśmiennictwo tego przedmiotu i wykonał cały szereg ścisłych doświadczeń, nakreślił w swej pracy nader dokładny obraz objawów i następstw zatrucia tyroidynowego. Po dłuższem podawaniu surowego lub gotowanego gruczołu tarczykowego, podobnie jak po wstrzykiwaniach otrzymanego zeń soku lub wyciągu glicerynowego, występowało u zwierząt przyspieszenie czynności serca, podniesienie parcia krwi, wzmożenie liczby oddechów podniesienie ciepłoty ciała, zwiększone wydzielanie azotu niekiedy cukromocz. W początkach doświadczeń bywały zwierzęta nieco podniecone, żywsze, okazywały zwiększoną chęć do jadła i do picia; później stawały się bardziej posępnemi, traciły apetyt, dostawały wymiotów i biegunki, a dalej pojawiały się niedowłady kończyn, nie rzadko zupełne porażenie czucia, wreszcie wśród ogólnego zapadu i wyniszczenia następowała śmierć, niekiedy wśród drgawek i kurczów drgawkowych.

Na zwłokach zwierząt uderzało przedewszystkiem wielkie wychudnienie i zupełny prawie zanik tkanki tłuszczowej. W narządach wewnętrznych stwierdzono przekrwienie nerek i ograniczone stłuszczenie nabłonka kanalików nerkowych, przekrwienie mózgu, zwłaszcza zaś rdzenia przedłużonego i drobne wynaczynionki w okolicy dna komórki IV. Gruczoł tarczykowy znajdowano bladym, nieco żółtawym, najczęściej objętości mniejszej; w preparatach drobnowidowych stwierdzono rozszerzenie mieszków, a w nich treść koloidową; nabłonki wyścielające mieszki spłaszczone, jądra ich barwią się silniej, pierwoszcza słabiej; w niektórych miejscach znaleziono przedarte ścianki międzymieszkowe; naczynia krwionośne i chłonicze zgniecione. (c. n. d.)

[32]) Roos: Ueber die Einwirkung der Schilddrüse auf den Stoffwechsel. »Zeitschft. f. phys. Chemie« T. 21. Ref. Centrb. f. i. M. 1896. str. 537.

[33]) Traczewski C. F. Zur Theorie der Schilddrüse i t. d. »Neurol. Centrblt.« 1897.

[34]) Ferrier: Symptomatologie et traitement du goitre épidémique. »Arch. génér. de med.« 1897. Ref. »Centrblt. f. inn. Med.« 1898. S. 644.

[35]) Ewald: »Berl. kl. Wochschft.« 1887.

[36]) Chantemesse et Marie: »Semaine méd.« 1894. S. 85.

[37]) Heinatz: cyt. według Georgiewskyego l. c. niżej.

[38]) Schaefer: »Deutsche med. Wochschft.« 1895.

[39]) Ballet et Entriquez: »Semaine méd.« 1894. Str. 536 i 1895, Str. 329.

[40]) Lanz: »Deutsche med. Wochschft.« 1895.

[41]) Georgiewsky: Ueber die Wirkung der Schilddrüsenpräparate auf. den thierischen Organismus. »Zeitschft f. kl. Med.« T. 33. Str. 153.

III. Z oddziału chirurgicznego szpit. św. Łazarza w Krakowie

O znieczuleniu sposobem Biera.

Podał

Prof. Dr. Rudolf Trzebicky.

(Dokończenie).

III. Liczba operacyj, wykonanych w moim oddziele przy znieczuleniu rdzenia kokainą, wynosi, jak już wspomniałem, obecnie 138, a mianowicie:

	Wynik dodatni	Przemijające znieczulenie	Wynik ujemny
Odjęcie podudzia	1	—	—
Wyłuszczenie palców	1	—	—
Wyłuszczenie guzów	3	1	1
Nacięcie rozległych ropni tkanki podskórnej	3	—	—
Wstrzyknięcie mięszanki jodoformowej .	44	—	15
Podwiązanie żyły udowej	1	—	—
Osteotomia według Mac Evena . . .	2	—	—
Sekwestrotomia	5	1	2
Plastyka według Thierscha	1	1	—
Redressement forcé	1	—	—

	Wynik dodatni	Przemijające znieczulenie	Wynik ujemny
Odprowadzenie krwawe zwichnięcia stawu biodrowego	1	—	—
Odjęcie prącia	1	—	—
Stulejka	3	—	—
Wytrzebienie	3	—	1
Operacya doszczętna wodniaka	4	—	1
Plastyka worka mosznowego	1	—	—
Cięcie nadłonowe	1	—	1
Uretrotomia zewnętrzna	1	—	—
Guzy krwawnicowe	5	—	3
Przetoki odbytnicze	3	—	1
Wycięcie wypadniętej kiszki ślepej	1	—	—
Operacye przepukliny uwięzniętej	5	—	—
Operacya doszczętna przepukliny wolnej	8	1	3
Operacya doszczętna zapalenia wyrostka robaczkowego	2	—	1
Operacya w jamie brzusznej wskutek zapalenia otrzewnej gruźliczego	1		—
Laparotomia z powodu niedrożności przewodu pokarmowego	—	—	1
Owaryotomia	—	—	1
Nacięcie ropnia okołonerkowego	1	—	—

Udział poszczególnych przetworów znieczulających w powyższej tabeli jest następujący:

Na 111 przypadków, w których używano czystej kokainy, doznaliśmy zawodu 23 razy, na 15 przypadków zastosowania eukainy β—7, a na 12 przypadków chlorku eukainy α 5 razy.

Pomiędzy przypadkami z wynikiem ujemnym jest kilka takich, jak np przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego, gdzie chorzy wprawdzie nie odczuwali głębokiego kłócia szpilką, mimoto jednak zachowywali się podczas operacyi tak niespokojnie, że już dla ich ukojenia musiano przejść do uśpienia chloroformowego. Na ujemny skutek wpłynęły kilka razy błędy techniczne, używanie starych rozczynów eukainy i t. p.

Prócz tego muszę dodać, że w niektórych razach podczas dłużej trwającej operacyi chorzy doznawali bólu pod koniec jej tak, że wtedy uśpienie stawało się konieczne. Bardzo zajmująco przedstawia się jeszcze przypadek raka prącia. Znieczulenie bólu sięgało w tym przypadku tylko do krętaczy tak, że odjęcie prącia dało się zupełnie bezboleśnie wykonać. Do wyłuszczenia jednak gruczołów chłonnych w pachwinach musiano chorego uśpić pomimo utrzymującego się jeszcze zupełnego znieczulenia poniżej wielkich krętarzy.

Z pomiędzy naszych chorych było 74 mężczyzn, 47 kobiet i 17 dzieci powyżej lat 8. Prób z dziećmi młodszemi z łatwo zrozumiałych powodów nie robiłem. Jakiegokolwiek wpływu płci i wieku na występowanie znieczulenia [1]) nie można było wykazać, jak wogóle nie mogliśmy stwierdzić stosunku zależności między wystąpieniem bezbolesności (analgezyi), a jakimkolwiek innym znanym lub oznaczyć się dającym szczegółem tak, że nigdy z góry przewidzieć nie zdołaliśmy, czy w danym przypadku bezbolesność wystąpi lub też nie.

Pomijając błędy techniczne i użycie złego przetworu, pod tym względem zupełnie zależnym od przypadku jest chirurg, brak wyniku często bowiem zawisł wyłącznie tylko od osobniczych właściwości chorego, jak to już z tego faktu wynika, że u niektórych osób pomimo kilkakrotnie i zupełnie poprawnie wykonanych wstrzykiwań różnymi przetworami nie udało się wogóle osiągnąć nigdy znieczulenia.

W tych wszystkich przypadkach, gdzie był widoczny dodatni wpływ kokainy, uskarżali się niektórzy chorzy mniejwięcej w 3 minuty po wstrzyknięciu na cierpnienie w nogach, postępujące ku górze; inni zaś doznawali mrowienia i uczucia ciepła. Tym objawom towarzyszył zupełny brak uczucia bólu, stwierdzony zapomocą kłócia wyjałowioną igłą. Dokładniejsze przeprowadzenie badania zależało od stopnia inteligencyi chorego. Bezbolesność postępowała od dołu ku górze tak, że przeciętnie w niespełna 10 minut obejmowała całą przestrzeń, w danym przypadku dostępną. W innych przypadkach występowało to znieczulenie daleko prędzej, tak, że już po 3—5 minutach można było bez bólu operować. Zwykle sięgało znieczulenie aż do pępka, w niektórych przypadkach nieco wyżej, do łuku żebrowego, a nawet w nielicznych razach były miejsca 2 ctm. powyżej brodawek sutkowych, zupełnie na ból nieczułe. Nie spostrzegaliśmy zaś znieczulenia, sięgającego do głowy, jak to niektórzy opisują. Wspomniałem już powyżej o próbach znieczulenia ramion i połączonych z tem niebezpieczeństwach. Zresztą stopień bezbolesności niezawsze był wszędzie jednostajny. Niekiedy znieczulenie na udach było większe, niż na podudziach; rzadziej spostrzegaliśmy wysepkowo znieczulone miejsca wśród przestrzeni oddziaływującej na ból, jak to się zwlaszcza czasami okazywało na kończynach górnych. Czas trwania bezbolesności był rozmaity. Przeciętnie wynosił on około trzy kwadranse; w jednym zaś przypadku operacyi nader powikłanego zapalenia wyrostka robaczkowego trwał z niezmiennem nasileniem $1^1/_2$ godziny. Wogóle wykonano w znieczuleniu zupełnem 7 operacyj, trwających ponad jednę godzinę. Znieczulenie ustępuje zwykle zwolna i to w kierunku od góry ku dołowi.

Uczucie dotyku i ciepła, jakoteż lokalizacya prawie wcale nie doznają zmiany.

Ogólne działanie kokainy na ustrój, względnie objawy zatrucia, przedstawiały się nader rozmaicie. U jednych chorych nie zauważono prawie żadnych objawów zatrucia chyba tylko bardzo nieznaczny, zaledwie 1—2 godzin trwający ból głowy, jakoteż przejściowe podwyższenie ciepłoty ciała do 37°—37·5°; inni znowu wymiotowali już w kilka minut po operacyi i przez 24 godzin, a jak niektórzy nawet i dłużej, bo i dwa dni sprawiali wrażenie ciężko chorych. Gwałtowne, różnie lokalizowane bóle głowy, nudności, męczące wymioty, dreszcze, gorączka do 40° i powyżej, uczucie wielkiego znużenia, jakoteż suchość w ustach, wszystko to składało się na stworzenie groźnego i w początkach naszych doświadczeń wielce zatrważającego obrazu ogólnego zatrucia. Wspomnieć jeszcze należy, że w niektórych przypadkach ciepłota, zanim się podniosła powyżej 39° i wyżej, tuż po operacyi spadała do 35·7°, a nawet 35·5° i utrzy-

[1]) Spostrzeżenia przeprowadził ze wszystkich przypadków nader skrupulatnie i sumiennie praktykant oddziału, pan Dr. B. Żmigród.

mywała się na tym stopniu przez 1—2 godzin mimo braku jakichkolwiek objawów zapadu. Uczucie ogólnego przygnębienia i osłabienia występowało często tuż po wstrzyknięciu, a towarzyszyły mu rozpływne zimne poty, jak również ogólna bladość. W takich stanach zapadu tętno bywało naturalnie słabe, a liczba jego bardzo wysoka. Wogóle liczba tętna, pomijając przypadki zapadu, bywała w zgodzie ze stopniem ciepłoty, choć u dorosłych rzadko tylko dochodziła do 100 uderzeń na jednę minutę. W znacznej liczbie przypadków ze spadkiem ciepłoty do normy występowało znaczne zwolnienie tętna do 48 uderzeń, utrzymujące się przez 1—2 dni.

Bardzo często dopełniały obrazu zatrucia: obecność zmian naczynioruchowych pod postacią rozszerzenia naczyń, zwłaszcza na kończynach dolnych, wysypki rumieniowe na całem ciele, jakoteż wyprysk na wargach. W wielkiej względnie liczbie przypadków bezpośrednio po wstrzyknięciu pojawiał się szybko zresztą mijający niedowład zwieracza rzyci, — jedyny objaw niedowładu lub porażenia przez nas spostrzegany.

Badanie moczu w żadnym przypadku nie wykazało wybitniejszych zmian, któreby należało odnieść do wstrzykiwania rdzeniowego.

Zależności stopnia ciężkości objawów zatrucia od jakichś znanych czynników nie można było wykazać; oddziaływanie zdaje się wyłącznie zawisło od osobniczego usposobienia pojedynczego chorego. Za tem przemawia już i ta okoliczność, że jakkolwiek wstrzykiwano równocześnie tensam przetwór dwom chorym z takiemsamem cierpieniem, niemal w równym wieku i równie dobrze odżywionym, to oddziaływanie jednakowoż było często u obydwu wprost przeciwne. Również i to zdaje się za tem przemawiać, że niektóre osobniki i przy następnych wstrzyknięciach przedstawiały podobnie ciężkie objawy zatrucia, jak i przy pierwszem. W ogólności jednakże zmniejszała się ciężkość objawów zatrucia z małymi tylko wyjątkami przy każdem dalszem wstrzyknięciu, coby dowodziło pewnego przyzwyczajenia się ustroju do kokainy, — na którą to okoliczność już inni autorowie zwrócili uwagę. Objawy zatrucia trwały rozmaicie długo; bardzo ciężkie ustępowały zwyczajnie już po 24 godzinach, jakkolwiek i te w kilku nielicznych przypadkach, choć ze znacznie mniejszem natężeniem, do ośmiu dni się przeciągały. Objawy zatrucia leczono czysto symptomatycznie, a nawet przeważnie wyczekująco. Zimne okłady na głowę stanowiły niemal jedyny, a dla chorych najprzyjemniejszy środek. Czasami zalecano wdychiwanie azotynu amylowego *(amyl. nitrosum)* z powodu objawów zapadu, pojawiającego się w pierwszym okresie powstrzyknięciu. Poleconego przez Biera na ostatnim kongresie chirurgów w Berlinie, sposobu miernego zaciśnięcia szyi w celu zapobieżenia zatruciu kokainą, skutkiem czego naczynia mózgowe przepełniają się krwią i nie dopuszczają do czaszki cieczy mózgordzeniowej, zawierającej kokainę, nie odważyłem się po doświadczeniach, na sobie samym wykonanych, zastosować u chorych.

W żadnym przypadku nie widzieliśmy trwałego upośledzenia chorych, jakkolwiek jeszcze nie dowiedziono, czy zwłaszcza kilkakrotne nakłócia opon nie wywołają po latach następstw szkodliwych pod postacią zgrubień, zrostów itp.. Jedyny przypadek z mego oddziału, poddany nekroskopii. nie przemawia wprawdzie za tego rodzaju przypuszczeniem. Sprawa dotyczyła chorej, która 48 godzin po wstrzyknięciu *(Invaginatio chron.)* zmarła skutkiem niedomogi serca, nie powstałej jednakże w następstwie zastrzyknięcia kokainy. Otóż sekcya nietylko nie wykazała na oponach żadnego śladu nastrzykania naczyń, lecz nawet zaledwie z trudnością i po długiem poszukiwaniu odnaleziono miejsce wkłócia.

Na podstawie mych doświadczeń dochodzę do następujących wniosków:

1) Kokainizacya rdzenia według Biera w obecnej formie nie potrafi zastąpić uśpienia chloroformowego, ani też nie nadaje się w praktyce prywatnej z powodu grożącego niebezpieczeństwa zakażenia z jednej, a zatrucia i niepewności wyniku z drugiej strony.

2) W wzorowo urządzonych, a głównie zabezpieczonych przeciwko zewnętrznemu zakażeniu zakładach należy dalsze czynić próby powyższym sposobem tak w interesie wiedzy, jakoteż i cierpiącej ludzkości. Nie potrzebuje chyba wyraźnie zaznaczać, że tylko w odpowiednich przypadkach należy sposobu tego używać; w razie zaś ujemnego wyniku mieć inny pod ręką, i mieć go zawsze na przypadek nie udania się znieczulenia.

3) Do sposobu tego nadają się przedewszystkiem operacye na kończynach dolnych i w miednicy. Z laparotomij tylko nieliczne można wykonać w tem znieczuleniu, gdyż, jak wspomniano, znieczulenie przeważnie sięga tylko do pępka. Odpowiednią jest kokainizacya rdzenia przy operacyach wolnych przepuklin, wycięciu wyrostka robaczkowego bez objawów ropienia i t. p. Nie nadają się zaś wcale do tego operacye w jamie brzusznej, gdzie się ma do czynienia z nadmiernem napięciem powłok brzusznych, lub też gdzie jelita okazują skłonność do wypadania, a więc przedewszystkiem w razie wewnętrznej niedrożności. Również nie nadają się do tego i te przypadki, gdzie z jakiejbądź przyczyny rozchodzi się o to, by chory podczas laparotomii pozostawał w zupełnej nieświadomości.

4) Szczególna ostrożność wskazaną jest przy słabej akcyi serca, zwłaszcza wobec zwyrodnienia mięśnia sercowego; również nie odważyłbym się nigdy wykonać nakłócia lędźwiowego u chorych z ogólnem zakażeniem ropnem. W tych przypadkach niebezpieczeństwo samozakażenia jest chyba zbyt groźne.

5) O ile sposób ten może mieć zastósowanie w położnictwie, nie posiadam własnego pod tym względem doświadczenia.

IV. *O sztucznem karmieniu noworodków.*

Streszczenie zbiorowe.

Według własnego referatu, wygłoszonego w Sekcyi pedyatrycznej IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Napisał

Dr. Jan Landau.

(Ciąg dalszy).

Najczęściej używanym pokarmem sztucznym dla noworodków jest bezsprzecznie bardzo rozpowszechnione mleko krowie, podawane jako takie, lub pod rozmaitemi postaciami. Mleko krów, podawane jako takie, jest trudno strawne i powoduje częściej niestrawność, zaburzenia w przyroście na wadze, choroby żołądkowo-jelitowe, aniżeli mleko kobiece. Objawy niestrawności powstają dlatego częściej u osesków, karmionych mlekiem krowiem, gdyż ono wiąże więcej kwasu solnego, aniżeli mleko kobiece, czyniąc go przez to bezskutecznym dla naturalnej antyseptyki przewodu pokarmowego. *(Boas lc.)*. Niebezpieczeństwo to grozi już do pewnego stopnia oseskowi zdrowemu przy użyciu mleka krowiego; w znacznie większym zaś stopniu oseskowi źle trawiącemu, który wytwarza mniej kwasu solnego. Badania Bauera i Deutscha wykazały, że u osesków zdrowych w pierwszych miesiącach życia, w początku trawienia kwas mlekowy stoi na pierwszym planie; w drugiej połowie pierwszego roku, z końcem trawienia znajdujemy odsetkowo tyle kwasu solnego wolnego, co u dorosłych. U osesków z chorobami żołądkowo-jelitowemi nie można było wykazać wolnego kwasu solnego, a związany był zredukowany do najniższego stopnia; natomiast kwas mlekowy i masłowy znajdują się w większej ilości, a kwas octowy niekiedy w mniejszej ilości. Wolny kwas solny znajdowano niekiedy w przypadkach choroby jelita cienkiego lub grubego. W chorobach dróg oddechowych ilość wolnego kwasu solnego zależy od ciepłoty ciała; przy ciepłocie podniesionej brak wolnego kwasu solnego, a po ustąpieniu gorączki zaraz się pojawia. W niewyrównanych wadach serca niema wolnego kwasu solnego, a w chorobach nerwowych bez napadu są warunki prawidłowe, po napadach znika wolny kwas solny. De Jager uważa zaburzenia w trawieniu u oseska za identyczne z zaburzeniami w tworzeniu kwasu mlekowego skutkiem nieodpowiedniego pokarmu, lub skutkiem dostania się obcych drobnoustrojów do żołądka. Upośledzone kiśnienie kwasu mlekowego powoduje zaburzenia w wchłanianiu soli, a szczególnie fosforany ziemne nie ulegają rozpuszczeniu, a temsamem wapno nie jest wchłonięte i krew staje się słabo alkaliczna. Bez ściślejszego dowodu uznaje Jager chorobę Barlowa i krzywicę za zatrucie chemiczne kwasem. Söldner sądzi, że połączenie wapna z sernikiem w mleku krowiem jest połączeniem obojętnem z 1,55 CaO. Sernik mleka krowiego wiąże część istniejącego tlenku wapna tak, iż należy sernik uważać za połączenie obojętne białka z tlenkiem wapna; prócz tego zawiera mleko nierozpuszczalny dwu- i trójfosforan wapniowy, a mianowicie połowa fosforu zawartego w mleku znajduje się w zawiesinie, jako nierozpuszczalny dwu- i trójfosforan wapniowy. Badania te tłómaczą nam zbitość stratów (Labgerinnsel), gdyż one zawierają dużo nierozpuszczalnych połączeń wapniowych, podczas gdy, jak przypuszczać można, w mleku kobiecem ich brak.

Znakomite badania Pasteura nad uwolnieniem mleka od zarodków chorobotwórczych znalazły praktyczne zastósowanie w pracy Soxhleta, który w roku 1886 podał konstrukcyę przyrządu do wyjaławiania mleka w domu. Walka o byt, lub stan zdrowia matek, zbyt często nie pozwala na dostarczanie tak korzystnie na ustrój oseska wpływającego mleka kobiecego, które starano się w najrozmaitszy sposób zastąpić przetworem, któryby składem chemicznym i własnościami fizyologicznemi najbardziej do mleka matki był zbliżonym.

Obecnie, po omówieniu rozmaitych przetworów, wypada zastanowić się nad najczęściej obecnie używanymi; tu należą: mleko krowie wyjałowione i t. zw. mleko Gartnera.

Mleko wyjałowione, jakkolwiek bardzo często stósowane, doznało ze strony licznych autorów ostrej krytyki, szczególnie od czasu, kiedy Flügge wykazał, że mleko wyjałowione w przyrządzie Soxhleta nie jest wolne od drobnoustrojów. Mleko gotowane przez $^3/_4$—1 godziny w przyrządzie Soxhleta nie jest zdaniem jego wyjałowione i należy je po zagotowaniu szybko ochłodzić. Mleko pozornie tylko prawidłowe może już być tak zmienione, że najdokładniejszem wyjałowieniem nie można go wyjałowić. Flügge zaleca przeto następującą modyfikacyę metody Soxhleta: Do garnka nalewa się tylko jeden litr wody zimnej i jeżeli się zauważy, że przez otwór, w pokrywie zrobiony, uchodzi para, gotuje się wodę jeszcze przez dziesięć minut. Następnie wyjmuje się flaszki i umieszcza je w ciepłocie 18—20°; jeżeli ciepłota wynosi 22°, należy flaszki z mlekiem nieużyte po dwunastu godzinach jeszcze raz gotować w łaźni wodnej przez pięć minut. Badania i wyniki Flüggego należy uważać za potwierdzenie wyników, otrzymanych przez Biederta, że pozostawienie mleka w garnku i uniknięcie zakażenia przez zetknięcie się, są najważniejsze rzeczy w postępowaniu Soxhleta, a zaprzeczają Heubnerowi, który uważa drobnoustroje, dostające się do ust, żołądka i jelit, za nieszkodliwe. Zapatrywania Flüggego doznają zaprzeczenia ze strony Baginskyego, gdyż wyniki, przezeń otrzymywane przy zastósowaniu przyrządu Soxhleta w pierwszym roku w szpitalu jego, były bardzo dobre; śmiertelność z 78,9 spadła na 69.5. Że mleko przez zwykłe gotowanie w łaźni wodnej nie ulega zmianom w swym składzie, dającym się drogą chemiczną wykazać, udowodnił Bendix, gdyż dopiero kilkakrotne ogrzewanie do 100° sprowadza utratę białka i tłuszczu, a mleko to następnie mimo kilkomiesięcznego przechowania nie ulega zmianie. Badania te, połączone z badaniami przemiany materyi, wykazały, że podając dziecku zdrowemu mleko gotowane lub wyjałowione, nie widzimy żadnej różnicy w wyzyskaniu azotu lub tłuszczu na korzyść jednego lub drugiego gatunku mleka; niema więc różnicy pod względem trawienia i chłonienia między mlekiem wyjałowionem, a niewyjałowionem. U dzieci chorych z upośledzonem trawieniem wynik jest ten sam. Zapach i smak po wyjałowieniu są zmienione, ale dobre, a dzieci piją równie chętnie mleko wyjałowione, jak i gotowane. Objawy szkodliwe ze strony przewodu pokarmowego nie występują nigdy po mleku wyjałowionem. Stan ogólny, przyrost na wadze, łaknienie i stolce są prawidłowe, wymiotów nie bywa. Ponieważ znamy niebezpieczeństwa przenoszenia się chorób przez mleko, powiada Bendix, należy w każdym przypadku sztucznego karmienia zalecać mleko wyjałowione, a dla pewności zniszczenia bakteryj i ich zarodników poleca wyjaławianie, a nie pasteuryzowanie. Fournier u dzieci kiłowatych w braku pokarmu kobiecego radzi podawać mleko wyjałowione.

Kramsztyk, w razie braku przyrządu do wyjaławiania, radzi mleko zagotować i przechować w tem samem naczyniu, a po dwunastu godzinach należy mleko to powtórnie zagotować. Wyniki badań swych streszcza Kramsztyk w zdaniu, że bardzo ważnym czynnikiem przy sztucznem karmieniu jest sposób karmienia krów i czyste ich utrzymywanie, a potem dopiero wyjałowienie mleka. Pasteuryzacya mleka, według autorów francuskich, nie wystarcza. Freemann zaś zaleca pasteuryzacyę mleka, by w ten sposób uniknąć zmiany jego składu chemicznego. (W tym celu podaje konstrukcyę nowego przyrządu). Badania jego wykazały, że prątki chorobotwórcze, jak prątek błonicy, cholery, duru, gronkowce i łańcuszkowce, *bacterium coli commune*, dodane do mleka, przez ogrzanie do ciepłoty 75° stają się nieszkodliwe. Mleka tak pasteuryzowanego nie należy atoli używać po upływie 24 godzin. Badania Feera wy-

kazały, że mleko wyjałowione w przyrządzie Soxhleta ma dobry smak, nie potrzebują się zatem producenci mleka wyjałowionego obawiać, że mleko dobrze wyjałowione straci swój dobry smak. Łatwiej wyjałowić mleko krów, karmionych paszą suchą, aniżeli karmionych trawą świeżą. Koplik radzi nie ogrzewać mleka przy wyjałowieniu ponad 90°, gdyż mleko się zmienia i następuje upośledzenie odżywienia. Równie jak Kramsztyk zaleca Auerbach czystość stajen i suchą paszę; badania bowiem bakteryologiczne dla stwierdzenia jałowości wykazały, że *proteus vulgaris, bacterium coli i bact. acidi lactici* są mniej odporne na wpływ gorąca i już po jednorazowem zagotowaniu ulegają zniszczeniu. Przeciwnie zarodniki niektórych prątków bezpowietrznych *(anaërobionten)* i bakteryj peptonizujących Flüggego, żyjących na powietrzu, rozwijają się dalej; te ostatnie dostają się do mleka z kałem płynnym, występującym u zwierząt po podaniu paszy zielonej. Mleko tych krów trudniej wyjałowić; należy je centryfugować, następnie przed podaniem przez dziesięć minut gotować, potem ochłodzić i przechowywać najwyżej w ciepłocie 18° C, a zużyć w przeciągu 12 godzin. Jeżeli ma być dłużej przechowywane, powinno się gotować we flaszkach szczelnie zamkniętych przez 25 minut. Ważność podawania paszy suchej widzi Auerbach nie w jednostajności mleka co do składników chemicznych, lecz w usunięciu bodźców kiśnienia, a szczególnie w braku *bacillus butyricus,* działającego szkodliwie na jelita osesków. Ażeby mleko zupełnie wyjałowić, często nie wystarcza 40, lecz 80 minut. Niektórzy autorowie sprzeciwiają się karmieniu mlekiem wyjałowionem, jako szkodliwem dla ustroju dziecka. I tak Starck w Kilonii spostrzegał 16 przypadków choroby Barlowa przy użyciu mleka wyjałowionego, gdy zmiana pokarmu na mleko świeże sprowadzała wyzdrowienie. Już Baginsky wykazał zmianę mleka przy wyjałowieniu, a mianowicie zmianę sernika względem zaczynu podpuszczkowego, rozkład cukru mlekowego, nukleiny i lecytyny; smak mleka się zmienia, cukier ulega karamelizacyi, białko się strąca. Stark uważa ciągłe podawanie mleka wyjałowionego w rozmaitych postaciach za przyczynę zaburzeń w odżywianiu, sprowadzającą niedokrewność, krzywicę i gnilec, a czyni odpowiedzialnemi zmiany fizyczne i chemiczne i ciągłą jednostajność (!?) pokarmu. Nie tłómaczy jednak, dlaczego jednostajność pokarmu kobiecego zmian tych nie sprowadza. Zaleca przeto czyste, świeżo zagotowane mleko, jako równie dobry pokarm, jak mleko wyjałowione, bez jego stron ujemnych. Stopień i czas trwania ogrzewania mleka zależy od jego jakości i od możliwości przechowywania. W rozprawach nad tym odczytem Starka, wygłoszonym w Düsseldorfie, Heubner i Meinert stanęli po stronie mowcy, zaś Ranke, d'Espine i Escherich nie widzieli złych skutków przy używaniu mleka wyjałowionego. Barton widział gnilec tylko przy zupełnem wyjałowieniu, podczas gdy mleko częściowo wyjałowione jest nieszkodliwe; poleca przeto częściowe wyjałowienie mleka. Winter jednak nie daje pierwszeństwa częściowemu wyjałowieniu przed zwykłem wyjałowieniem, jeżeli użyjemy odpowiedniego czasu na wyjałowienie, a za najlepszą metodę uważa ogrzanie mleka na kilka sekund do 125—130° C., przyczem mleko nie ulega zmianie i nie tworzy się karamel. Dla praktycznego zastósowania wystarcza ogrzanie od 100—102° przez 20—30 minut. De Jager odnosi najcięższe zaburzenia do mleka wyjałowionego, gdyż bakterye kwasu mlekowego giną, a one są w stanie wstrzymać inne kiśnienia. Upośledzone kiśnienie kwasu mlekowego powoduje zaburzenia w chłonieniu soli, szczególnie fosforany ziemne nie ulegają rozpuszczeniu, a temsamem wapno nie ulega chłonieniu i krew staje się mało alkaliczna. Zaburzenia w trawieniu, zdaniem jego, nie należy przeto leczyć mlekiem wyjałowionem, lecz pokarmem, zawierającym dużo kwasu mlekowego. Bez podania ściślejszego dowodu uznaje F. chorobę Barlowa i krzywicę za zatrucie chemiczne kwasem. Dlatego też poleca przyrządzenie pokarmu w następujący sposób: Jeden litr mleka masłowego (Buttermilch) po dodaniu 12 grm. mąki pszennej lub ryżowej, ogrzewa się aż do wrzenia przy ustawicznem mięszaniu; po dodaniu cukru mlekowego usuwa się mięszaninę z ognia i dodaje na koniec noża masła. Biedert kładzie nacisk na rodzaj paszy i czyste utrzymywanie mleczarń, jako ważniejsze, aniżeli gotowanie w Soxhlecie, które nie niszczy wszystkich drobnoustrojów, a działa skutecznie przez oddzielenie każdej porcyi w osobnej flaszce; zupełne zamknięcie flaszek bez dostępu powietrza jest zbyteczne. Połowicze wyjałowienie nie wystarcza. Proponuje wreszcie Biedert utworzenie stacyi badania stosunków mleczarń, środków polecanych dla karmienia niemowląt, przemiany materyi itp., w którychby sprawy sporne badano naukowo i w ten sposób możnaby uzyskać jednolite postępowanie przy sztucznem karmieniu. Carstens zaleca mleko zagotowane w czystych naczyniach, lub wyjaławiane krótko (przez 10 minut) w domu, jako lepsze, niż mleko fabrycznie wyjaławiane; nie należy podawać wyłącznie mleka wyjałowionego poza dziesiąty miesiąc życia. Przez cedzenie przez płótno mleko się zanieczyszcza. Nie powinno się wydawać mleka wyjałowionego, póki nie przeprowadzono próby na dwu flaszkach. Troitzky wykazał, że mleko przez wyjałowienie nie traci na wartości odżywczej, dzieci piją je chętnie i przybierają na wadze, a wreszcie jest ono gorszą pożywką dla drobnoustrojów, niż mleko surowe. Metoda wyjaławiania Flaaka, zastosowana przez Blasiusa i Beckurthsa polega na tem, że mleko od 350—400 krów mięsza, centryfuguje i ogrzewa się przepływającą parą wodną od 102—103° C., nalewa we flaszki, zatyka i poddaje tej ciepłocie przez $1^1/_2$ godziny. Przez samo centryfugowanie mleko chemicznie i fizycznie się nie zmienia, ale oczyszcza się z zarodników; zmianę chemiczną sprowadza wyjałowienie, gdyż całe białko zamienia się w pepton. Gernsheim na podstawie badań nad mlekiem wyjałowionem sądzi, że w przyrządach z pojedynczemi flaszkami łatwiej można uzyskać jednostajne rozmieszczenie tłuszczu w mleku, aniżeli przy innym sposobie przechowania. Mogą tu jednak zachodzić znaczne różnice w pojedynczych porcyach, których uniknąć można przez zmięszanie mleka przed nalaniem do flaszek i natychmiastowe napełnienie flaszek. Przy przechowywaniu mleka w garnku Biederta pojedyncze porcye mleka miałyby rozmaitą ilość tłuszczu, czego uniknąć można przez odpowiednie mięszanie mleka, mianowicie mięszając mleko silnie i okrężnie w płaszczyźnie równoległej do ziemi, w napełnionym do połowy garnku. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. C. Wernicke (Wrocław). **Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen.** Lipsk, 1900 8° str. 676. C. 14 M. — Streścił Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Dokończenie).

Przyczyny ostrych psychóz są dwojakie, tj. nagodne i usposobiające. Do pierwszych należą wszystkie te czynniki, które osłabiają ustrój, a więc utrata krwi przez *menstruatio nimia,* ciąża, połóg, karmienie, przesadne leczenia jarskie i skierowane przeciw otyłości, długotrwały nieżyt żołądka, ustawiczne troski, wywołujące bezsenność i brak łaknienia, wreszcie ostre choroby, zwłaszcza zaś grypa, która sprowadza szybko zmniejszenie się ciężaru ciała. Z tej etyologii wynika, że większość psychóz ostrych stanowi psychozy z wyczerpania sił ustroju. Te nagodne przyczyny same, jako takie, nie sprowadzają zwykle psychóz, lecz tylko wtedy, gdy osobnik ma do nich usposobienie, czyli skłonność, która może być wrodzoną lub nabytą. Wrodzoną skłonność zwiemy obciążeniem dziedzicznem, które jednak może istnieć, a mimo to osobnik nie zapadnie na żadną psychozę. W. zauważył, że często u przodków tych chorych, którzy zapadli na ostrą psychozę, była gruźlica. Rokowanie

w psychozach ostrych nie zależy od obciążenia dziedzicznego, lecz od postaci psychozy. Skłonność nabyta polega zwykle na anatomicznych zmianach mózgu, n. p. na wodogłowiu wewnętrznem, dalej na przebytem w wieku dziecięcym zapaleniu opon mózg., na urazie głowy, połączonym z wstrząśnieniem mózgu, na przewlekłych zatruciach zwłaszcza wyskokiem, wreszcie na pewnej mniejszej odporności okresu pokwitania, wieku przejściowego i starości.

Biorąc czynniki etyologiczne za podstawę podziału psychóz, możemy mówić o psychozach ostrych alkoholowych, do których należy obłęd opilczy. Ostrzejszą jeszcze psychozę alkoholową stanowi stan patologicznego upojenia, przedstawiający bardzo ostrą alopsychozę z alopsychiczną dezoryentacyą i sennymi omamami. Chory widzi się we fantastycznej sytuacyi groźnej, która wywołuje nader silny afekt, odróżniający stan ten od obłędu opilczego. Stan ten trwa kilka godzin, kończy się głębokim snem, a następnie niepamięcią z czasu trwania psychozy. Takie stany mogą wystąpić już po jednorazowem zatruciu alkoholem, albo i bez zatrucia przy skłonności do psychóz (stan afektu patologicznego). Do psychóz, występujących często na tle alkoholizmu należą także *halucinosis acuta*, psychoza polineurytyczna i psychozy lękowe. Tak zwane urojenie niewiary małżeńskiej pijaków przedstawia częściową autopsychozę wskutek myśli nadwartościowej. Otrętwienie alkoholowe *(stupor alcoholicus)* odznacza się śpiączką i wogóle objawami właściwymi dla guzów mózgu, a wywołane jest przez wodogłowie wewnętrzne. Zauważa się tu zaburzenia w chodzie, ogólną sztywność mięśni i mierne zwolnienie tętna. Wyleczenia możliwe przy zaprzestaniu nałogu, w przeciwnym razie przechodzi choroba w stan defektu. Niedowład rzekomy *(pseudoparalysis)* spostrzega się po dłużej powtarzanych silnych wybrykach *in Baccho*. Ostra ta psychoza odznacza się objawami poraźnymi w mowie i zakresie innych nerwów mózgowych, podobnie jak w obłędzie opilczym, prócz których mogą istnieć objawy schorzenia sznurów rdzenia, nierówność i nieruchomość źrenic. Sama psychoza ma zrazu cechy manii, później zbliża się swym obrazem najbardziej do ostrej halucynozy, lecz z objawami lęku, czasowo zaś z alopsychiczną dezoryentacyą i cechami niedołęztwa. Obraz ten o zmiennem nasileniu może trwać przez lata i skończyć się zupełnem ozdrowieniem, jednak nieraz z pozostawieniem średnioznacznego defektu. Objawy rdzeniowe nie ustępują wcale. Napady omdlenia, jakie w przebiegu choroby występują, utrudniają znacznie odróżnienie tej formy od właściwego niedowładu postępującego.

Psychozy z nadużycia równocześnie morfiny i kokainy odznaczają się fizycznem urojeniem prześladowczem, szybko się uogólniającem i kombinowanymi omamami skóry tak, że się chorym zdaje, iż skóra ich porośnięta jest pleśnią, grzybami lub włosami. Do psychóz alkoholowych najbardziej podobne są psychozy z zatrucia przewlekłego ołowiem lub arszenikiem.

Do psychóz odziedziczonych należą postacie, polegające na doznawaniu myśli przymusowych, nerwice i psychozy z myślami przymusowemi, często także i nerwica hipochondryczna. Obłęd gorączkowy *(delirium febrile)* występuje bardzo często u obciążonych dziedzicznie, dalej pewne chorobowe popędy (stany graniczące ze zdrowiem umysłowem a obłąkaniem) u osób zresztą zdrowych, polegające nieraz na sugestyi, np. popęd samobójczy w pewnych rodzinach; w rodzinach obciążonych spotyka się także inne popędy, np. popęd do kradzieży w okresie regularności, zaburzenia popędu płciowego i inne. Z innych psychóz, które powstają najłatwiej na tle dziedzicznego obciążenia, należą tu wszystkie psychozy przemijające *(ps. transitoriae)* łącznie z upojeniem patologicznem, dalej autopsychoza moralna i postać pierwotnego niedołęztwa, nagabująca ciężko obciążone dzieci w okresie pokwitania. Jakkolwiek psychozy, występujące na tle dziedzicznem, mogą przebiegać w ciężkich postaciach, to jednak zwykle przebieg ich bywa łagodniejszy, a mają tylko skłonność do nawrotów.

Padaczka wywołuje cały szereg psychóz: do nich należą najczęściej stan zamroczenia, tj. zajęcie sensoryum z zupełną alopsychiczną dezoryentacyą, potęgującą się nieraz do asymbolii, której towarzyszy zwykle prawdziwa abulia. Czasem podejmuje chory czyny gwałtowne pod wpływem sennych omamów. Stany zamroczenia padaczkowego są krótkotrwałe, rzadko dłużej niż dzień, występują przeważnie po napadzie, rzadziej przed nim, lub w postaci równoważników. Po ustaniu tych stanów istnieje u chorego albo zupełna niepamięć, lub pamięć formalna. Napady szału padaczkowego przedstawiają się jako bezwiedne rzucanie się na oślep człowieka, broniącego się przed urojonem niebezpieczeństwem; są one krótkotrwałe (do $1/2$ godziny). W przeciwieństwie do nich są inne stany zamroczeń z popędem do ruchów, które trwają nieraz przez kilka tygodni, a odróżniają się od obłędu opilczego między innemi dobrze zachowaną zdolnością zapamiętania. W stanach przeważającego zamroczenia spostrzega się objaw zwany *perseveratio* (Neisser), który polega na tem, że chory z upodobaniem odpowiada tem samem słowem na kilka po sobie zadanych mu pytań (jak ci na imię? — Józef, — ile masz lat? — Józef — itd.). Po napadach padaczkowych pozostaje nieraz stan umysłowego wyczerpania, czyli otrętwienie *(stupor)* popadaczkowe. W przebiegu padaczki występują często ciężkie sensoryczne psychozy z dezoryentacyą, fantastycznem urojeniem grożącego niebezpieczeństwa i niemal zawsze z urojeniem wielkości, oraz objawami hiper- i parakinetycznych psychóz ruchowych. Występują one zwykle po napadach i trwają do kilku tygodni. Zatem przebieg psychóz na tle padaczki bywa szybki i kończy się ustąpieniem ich, zarazem istnieje skłonność do nawrotów. Padaczka, powikłana z temi psychozami, prowadzi bardzo prędko do zupełnego zniedołężnienia.

Psychozy histeryczne zbliżają się do padaczkowych, a to o tyle, o ile zwłaszcza u histeroepileptycznych osób odznaczają się stanami zamroczenia, w których uderza nie tyle zajęcie sensoryum, ile zupełna alopsychiczna dezoryentacya. Zachowanie się tych chorych odpowiada zupełnie ich sennym i pełnym afektu sytuacyom. Obłęd histeryczny stanowi samoistną psychozę ostrą z popędem czuciowym do ruchów, zupełną alopsychiczną dezoryentacyą, hipermetamorfozą i znacznem rozprzężeniem myśli (inkoherencyą), omamami dotyku, fonemami, wreszcie ogólnem drżeniem mięśni, objawami w zakresie sznurów bocznych rdzenia, cielesnym zapadem i często śmiercią po upływie kilku tygodni. Czasem występują objawy hipochondryczne. Katalepsia hysterica jest krótkotrwałą akinetyczną psychozą ruchową z silnem zajęciem sensoryum i sądząc po zachwycie malującym się na twarzy, z omamami treści zachwytu religijnego. Stany tego zachwytu mogą się powtarzać i wywołać stan zupełnej, ciągłej nieruchomości, mogą atoli przejść w stan zupełnego zdrowia. Prócz tych ostrych psychóz zdarzają się postacie mięszane i przejściowe między zwyrodnieniem histerycznem a przewrotnością charakteru z poszczególnymi objawami umysłowymi. Stany te spostrzega się dość często u prostytutek w wielkich miastach. Prócz psychóz opisanych pod nazwą „stanu drugiego“ zdarzają się u histerycznej młodzieży szkolnej krótkie, do kilku godzin trwające psychozy o obrazie podobnym do lęku nocnego dzieci, lub do łagodnych poronnych postaci psychozy lękowej. Te krótkie psychozy bywają poprzedzone bólem głowy, biciem serca, omdleniami, a przyczyną lęku bywa tu niemal stale niedomoga nerwów przeponowych. Podstawą dla tych psychóz bywają osłabienia przez nadmierne uczenie się, bezsenność itd. Częstsze od psychóz są nerwice histeryczne. Rozpoznanie choroby polega na wykazaniu tła histerycznego. Histeroepilepsia, przebiegająca z psychozami, może, lecz nie tak łatwo jak padaczka, sprowadzić zniedołężnienie.

Psychozy wieku pokwitania zwiemy *hebefrenicznemi*,

do których należy *autopsychosis expansiva hebephrenica* pod obrazem pomięszania (stanu paranoicznego) z szybkiem zniedołężnieniem; dalej akinetyczne psychozy ruchowe i hipochondryczne psychozy lękowe. Cechą tych wszystkich psychóz jest nie tyle rys dziecinnego niedołęztwa, ile raczej skłonność do niepomyślnego zejścia, względnie do nawrotów choroby, a przy przebiegu przewlekłym do okresowych zaostrzeń.

Z psychóz starczych ważną jest opisana już presbyofrenia i zaduma z przejściem w psychozę lękową. Często poprzedza je napad udarowy. Psychozy wieku przejściowego, najczęściej lękowe, mają zwykle niepomyślne zejście. Psychozami, będącemi w związku z miesiączkowaniem, bywają hiperkinetyczne psychozy ruchowe, mania z zamięszaniem i postacie manii mięszane. Rokowanie w tych zaburzeniach jest dość pomyślne. Z psychóz połogowych najczęstszą bywa hiperkinetyczna ruchowa psychoza, rzadziej akinetyczna. Zwykle bywają one ciężkie i jeźli ustrój jest wyczerpany połogiem, karmieniem, gorączką, bolesnem zapaleniem gruczołu sutkowego itd., kończą się niepomyślnie. Do psychóz symptomatycznych, tj. występujących na tle chorób cielesnych, np. chorób serca, nerek i t. d. zaliczamy psychozy lękowe, które ustępują wraz z cierpieniem podstawowem. Co do zejścia psychóz wogóle, to wedle statystyk zakładów leczniczych (a nie wyłącznie pielęgnujących chorych na cierpienia przewlekłe) śmiertelność wynosi z psychóz 10%; prócz tego zejścia śmiertelne zachodzą wskutek samobójstwa. W ostrych psychozach śmierć następuje wskutek samej sprawy chorobowej, wreszcie wskutek wyniszczenia przez bezsenność, jadłowstręt, niepokój ruchowy i choroby cielesne przypadkowe oraz przyranne. W ostrych i podostrych psychozach wyleczenie zupełne stanowi 30% przypadków. Reszta przypadków obejmuje wyleczenie z psychozy, połączone ze stałym defektem, względnie z przejściem w stany przewlekłego pomięszania stałego, lub dalej jeszcze postępującego. Stany pomięszania stałego przewlekłego mogą okazywać dwie postacie: albo pozostają po przebyciu ostrej psychozy pewne jej objawy, tj. zwykle fonemy i urojenia odnoszące, które uniemożliwiają uzyskanie świadomości choroby, — tak zwane stany *hallucinosis residuariae*, — albo psychozy przewlekłe przebiegają pod obrazem końcowego okresu ostrej psychozy, która je wywołała. Te ostatnie odznaczają się zafałszowaniem świadomości. Chorzy ci nie mogą być przez nas zrozumieni, choć myślą logicznie; używają oni wyrażeń niewłaściwych dla oddania swych myśli, tworzą nowe wyrażenia techniczne pod wpływem głosów (fonemów) itd.

Zejście psychóz w stan defektu nazywamy niedołęztwem, które, co do stopnia swego, może być albo tylko przytępieniem umysłu (*Schwachsinn*) lub zupełną tępotą (*Blödsinn*).

Niedołęztwo może być nabyte i wrodzone. Wrodzone (*idiotismus*) lub bardzo wcześnie nabyte w wieku dziecięcym przedstawia, według Emminghausa, trzy stopnie: idyotyzm o rozwoju umysłu pierwszego dziecięctwa; połowiczy idyotyzm o rozwoju umysłu późniejszego dziecięctwa i głupowatość (*imbecillatas*) o niezdolności rozwinięcia się umysłowego ponad stan w wieku pokwitania. Niedołęztwo nabyte mierzymy stopniem utraty wiadomości zwykłych, jakie dany człowiek posiadać powinien stosownie do swego wykształcenia. Braki w zdolności sądzenia, o ile one nie odnoszą się do urojeń i innych zasadniczych psychóz, dozwalają wnosić o niedołęstwie, np. gdy chory w stanie przytomnym nie umie uznać nieprawidłowego zachowania się innych chorych obłąkanych za chorobowe. Często uderza u zniedołężniałych zmniejszenie się zapasu pojęć i brak wyróżniania pojęć pokrewnych, np. nieodróżnianie pojęcia jeziora od pojęcia stawu, drzwi od bramy, muru od ściany i t. d. Zachowanie się czynności świadomości sprowadza u nich wypadnięcie ruchów początkowania, a stąd zupełną bezczynność. Te objawy intrapsychicznej akinezy zdarzają się, jak wiemy, w zadumie z przygnębieniem, od której nieraz trudno odróżnić niedołęztwo. Zupełna tępota umysłu odznacza się także znacznem upośledzeniem zdolności zwracania uwagi na zjawiska zewnętrzne. Niedołęztwo umysłu może być wywołane prócz ostrych psychóz przez uraz głowy, połączony z wstrząśnieniem mózgu, lub uraz nawet słabszy, lecz godzący w głowę człowieka dziedzicznie obciążonego; dalej przez organiczne choroby mózgu, jak stwardnienie rozsiane (*sclerosis disseminata*), kiła mózgu, zapalenie opon mózgowych, udary mózgowe. Przytoczone postacie niedołęstwa przedstawiają właściwie klinicznie odrębne postacie psychóz, które przeważnie przechodzą w zupełne stępienie. Niedołęztwo porażne (*dementia paralytica*) odznacza się zmianą charakteru na mniej złożony, więcej pierwotny, zatem dziecinny, kierujący się osobistemi pobudkami zmysłowemi. Zmiana ta charakteru ma za podstawę wypadnięcie czynności kojarzenia przez zanik pierwiastków mózgowych, a nie jak w manii przez nadmiar kojarzenia przy niwelacyi wyobrażeń.

Zmieniony charakter porażonego zdradza się w mowie i działaniu, które cechują niedołęztwo; tak np. chory, zajmujący jeszcze urząd, przechwala się przekupstwem i t. d., nie myśląc o tem, że te przechwałki mogą zachwiać jego stanowisko, lub wyrażając na ulicy kobiecie swą miłość, używa do tego skróconego sposobu, t. j. pokazuje jej swój członek, lub rozbiera się do naga i tłómaczy to tem, że i dzieci rozbierają się, a nie myśli o tem, że sam już nie jest dzieckiem, lub mieni się być bogiem a całuje pokornie rękę lekarza. Takie niedorzeczne zachowanie się i czynności objawia porażony nawet we wczesnych okresach przy zachowanej jeszcze rozwadze, lub w okresie manii porażnej. Do cech niedołęztwa porażnego należy jeszcze uderzająca bezczynność i milkliwość, oraz pewien wyrównany, pozbawiony ożywienia, czasami tylko pusto wesoły wyraz twarzy. Niedołęztwo poudarowe jest następstwem zaniku mózgu po udarach. Niedołęztwo padaczkowe odznacza się drażliwością, niezgodnością, skłonnością do gwałtów i napadów wściekłości, obok pozornej zresztą świętoszkowatości. Utrata pojęć bywa tu bardzo znaczną tak, że przy wyborze słów zdarzają się nieraz objawy parafatyczne. Niedołęztwo alkoholowe odznacza się cechami przewlekłego alkoholizmu, stępieniem uczucia, a później znaczną utratą najpospolitszych wiadomości. Niedołęztwo hebefreniczne wyróżnia się stanem umysłu, odpowiadającym rozwojem swoim rozwojowi umysłu w wieku pokwitania. Chorzy ci odznaczają się dziecinnem zachowaniem się, leniwem myśleniem i bezmyślnemi odpowiedziami tak, że jedno i to samo pytanie raz potwierdzają, drugi raz zaprzeczają. Przy badaniu ich uderza trudność zwrócenia ich uwagi. Niedołęztwo starcze sprowadza ogólne stępienie umysłowe, sobkostwo i skąpstwo, brak współczucia dla innych, czasami wykroczenia niemoralne. Nad tymi objawami góruje utrata zdolności zapamiętania i utrata pamięci zdarzeń z niedawnej przeszłości, przy dobrze nieraz zachowanej pamięci zdarzeń z odległej przeszłości. Czasem pojawia się skłonność do konfabulacyi; tym objawom towarzyszą drżenie starcze, upośledzenie chodu, zanieczyszczanie się moczem i kałem z powodu niedomogi zwieraczy. Okresowo pojawiają się napady rzekomo udarowe w postaci omdleń lub śpiączki bez następowych porażeń połowiczych. Przyczyną choroby jest zanik mózgu.

Dzieło kończy się krótkiemi uwagami o zatajaniu (dysymulacyi) i udawaniu (symulacyi) obłąkania, zestawieniem celów leczenia w zakładzie (celami tymi są: 1) czuwanie nad chorymi, by sobie krzywdy nie zrobili; 2) ustawiczna opieka lekarska; 3) pielęgnowanie poczucia ludzkiego przez przykład ze strony innych chorych, którzy zrana wstają z łóżka, myją się czeszą, jedzą i t. d.; 4) możność odosobnienia chorego w razie choroby i 5) możność właściwego zastósowania środków przymusowych); wreszcie ogólnemi uwagami, tyczącemi się przyszłego ugruntowania psychóz

na podstawach anatomo-patologicznych. Znakomite to dzieło, będące owocem 15-letniego doświadczenia autora, opartego na spostrzeganiu 5.000 przypadków, objaśniane licznymi przykładami kazuistycznymi, powinno znajdować się w każdym księgozbiorze lekarza praktycznego, albowiem jest ono zdolne oddać mu w życiu praktycznem nieocenione usługi.

VI. Wyciągi.

Kister i Köttgen. **O wykrytych przez Danysza prątkach chorobotwórczych dla szczurów** *(Dts. med. Wochs.* 1901, Nr. 18). Przed rokiem opisał Danysz wykryte przez siebie prątki, podobne do prątka okrężnicy *(b. coli)*, które działały w 5—12 dniach zabójczo na szczury. Próby, podjęte w kanałach paryskich, przekonały Danysza, że padłe szczury służą za żywność pozostałym, i że tą drogą szerząca się zaraza szybko doprowadza do wytępienia tych zwierząt. Sprawa ta może mieć nie małe znaczenie zapobiegawcze zwłaszcza w dobie obecnej, gdy Europie zagraża dżuma, szerząca się, jak wiadomo, najprędzej przez szczury. Z tego powodu podjęli autorowie doświadczenia z prątkiem Danysza i sprawdzili, że rzeczywiście szczury padają w 5—7 dni po spożyciu czystej hodowli prątka, lub pokarmów nią zakażonych; że następnie zaraza łatwo się szerzy między szczurami i to w ten właśnie sposób, jaki opisał Danysz. Jeżeli bowiem usunie się z klatki, zawierającej szczury, sztuki sztucznie zakażone natychmiast, skoro tylko padną, wówczas reszta szczurów pozostaje zdrową, w przeciwnym razie także wkrótce (bez sztucznego zakażenia) — pada. Aby utrzymać jadowitość prątka Danysza, nadają się najlepiej hodowle na agarze (mniej nadaje się pożywka bulionowa, zalecana przez Danysza). Dalej stwierdzili autorowie, że prątek Danysza jest nieszkodliwy dla drobiu i zwierząt domowych, że morfologicznie jest zupełnie niepodobny do prątka moru, wreszcie, że nie wywołuje zmian anatomicznych, któreby mór mogły przypominać. Szczegóły te miały wagę ze względu na rozróżnienie samoistnego padania szczurów wskutek moru od sztucznie wywołanej w celach zapobiegawczych zarazy. *C.*

Iwanoff. **O zmianach pasorzytów zimniczych w czasie leczenia błękitem metylenowym.** *(Dts. med. Wochs.* 1901, Nr. 18). Iwanoff stwierdził, że błękit metylenowy wpływa zupełnie inaczej na pasorzyty zimnicze, niż chinina; i tak w trzeciaczce działa on głównie na protoplazmę pasorzytów, gdy chinina na jądra (chromatynę); w zimnicy złośliwej (podzwrotnikowej) zaś działa błękit na postacie półksiężycowate pasorzyta, których chinina nie niszczy. Z tego tłómaczą się różnice w działaniu klinicznem chininy i błękitu; błękit niszczy te formy pasorzyta, w których protoplazma przeważa nad chromatyną, więc pasorzyty dorosłe i półksiężyce; chinina zaś niszczy młodociane pasorzyty, mające stosunkowo małe plazmy. *C.*

Doc. Sternberg (Wiedeń). **O kamicy nerkowej, a w szczególności o jej objawach żołądkowo-jelitowych.** *(Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 16, 1901). Dzięki nowszym sposobom badania, jak cystoskopii, zgłębnikowaniu moczowodów, prześwietlaniu, oznaczaniu punktu marznięcia krwi i moczu i t. d. rozpoznanie kamicy nerkowej w znacznej mierze jest ułatwione i o wiele pewniejsze; zdarzają się atoli przypadki chorobowe, w których rozpoznanie natrafia na niemałe trudności, tembardziej, że o ile z jednej strony mocz nie przedstawia żadnych, albo bardzo mało cech znamiennych, o tyle z drugiej strony występują na pierwszy plan objawy uboczne, zmieniające znacznie cały obraz chorobowy. Tu szczególniej należą zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, bolesność w miejscach zupełnie atypowych, wreszcie brak wybitnych objawów ze strony moczu, — co razem wziąwszy tworzy nową postać żołądkowo-jelitową kamicy nerkowej, którą, nawiasem powiedziawszy, bardzo łatwo można zapoznać.

Nieprawidłowości ze strony żołądka w przebiegu kamicy nerkowej są oddawna znane i w piśmiennictwie zebrane; pojawiają się bowiem nietylko wśród napadów kolki, ale także w wolnym międzyczasie, zaznaczając się brakiem łaknienia, nudnościami, obłożonym językiem i częstokroć wymiotami. Zaburzenia jednak ze strony jelit, objawiające się jako zaparcie stolca i wiatrów, bębnica i znaczniejsza tkliwość brzucha, znikają prawie równocześnie z ustąpieniem napadów bolesności. W sprawie leczenia tych przypadłości żołądkowo-jelitowych podnieść należy, że — jak doświadczenia wykazały, — środki czyszczące wcale nie działają; wielką natomiast ulgę sprawiają wlewania oliwy; skuteczne jednak zwalczenie tych, dla chorego tak męczących objawów, jest tylko możliwe przez stosowanie makowca; środek ten uśmierza za jednym zamachem kolkę nerkową i bolesność brzucha, względnie jelit, powoduje stolce podobnie, jak przy kolce ołowiowej. Drugą znamienną cechą żołądkowo-jelitowej postaci kamicy nerkowej jest atypowe umiejscowienie bolesności: w okolicy jelita ślepego i ból końcowej części 10-go żebra. W pierwszym przypadku nie zachodzi nic innego, jak bolesność moczowodu, który się łatwo bierze za bolesność kiszki ślepej, w ostatnim jest tylko odruchowa przeczulica skóry (Head). W końcu nadmienić należy, że ciekawym nadto szczegółem, mogącym czasem poprzeć rozpoznanie kamicy, jest ustąpienie, względnie uśmierzenie, bolesności po uniesieniu ku górze dolnej części tułowia. *Dr Henryk Pisek.*

Prof. L. Heim. **Krew i komórki ustroju, a bakterye.** *(Münch. med. Wochs.* 1901. Nr. 18). W walce ustroju z zakażeniem przypisuje się obecnie główne znaczenie aleksynom, zawartym z surowicy krwi, a pochodzącym z ciałek białych. Natomiast prawie zupełnie nie badano, czy w ustroju nie wytwarzają się inne jeszcze jakieś substancye ochronne, pochodzące z innych rodzajów komórek i z innych składników krwi. H. zwrócił uwagę przedewszystkiem na ciałka czerwone krwi. Uderzającą, zdaniem H., jest okoliczność, że bakterye ani w ustroju, ani poza ustrojem nie wnikają nigdy do krwinek czerwonych; podobnie zachowują się bakterye także i wobec niektórych komórek narządów, natomiast często spotyka się (pominąwszy czynną fagocytozę) bakterye we wnętrzu ciałek białych. Na podstawie podjętych w tym kierunku badań utrzymuje H., że z rozpadających się krwinek czerwonych uwalniają się jakieś substancye, które działają zabójczo na bakterye. Substancye te nie działają jednak odrazu i same przez siebie, lecz dopiero po pewnym czasie, gdy połączą się z produktami, wytwarzanymi przez bakterye, w związek, dla bakteryj szkodliwy. Powstające w ten sposób substancye działają, zdaniem H., niezależnie i później od (tj. już po wyczerpaniu) aleksynów. *C.*

Dr. R. F. Müller. **Przyczynek do nauki o guzach na palcach.** *(Archiv Langenbecka* T. 63, Z. II). Guzy na palcach należą do zjawisk wcale rzadkich; — niewiele o nich mówią nawet w najlepszych podręcznikach chirurgii. Skąpą przeto kazuistykę wzbogaca M. kilkoma spostrzeżeniami z kliniki Bergmanna. Opisuje tedy 2 przypadki tłuszczaków, 5 spostrzeżeń t. zw. martwych kostek *(ganglion)*, 2 przypadki guzów (rzekomych), które potworzyły się z tkanki ziarninowej, będącej odczynem około ciał obcych, o obecności których chorzy pojęcia nie mieli. Dalej następuje opis 5 przypadków włókniakomięsaków barwikowych z komórkami olbrzymiemi. Nowotwór ten wyrasta z pochewki ścięgien, rośnie powoli (1—2 lat), jest twardy, spotykamy go zwykle po stronie dłoniowej palca, nieznacznie przesuwa się z boku na bok, a wcale nie z przodu w tył, ze skórą nie zrasta się, przerzutów nie robi i zdaje się być nowotworem wcale łagodnym. Równie rzadkim jest nowotwór, opisany na końcu rozprawki, t. z. *perithelioma subunguale.* Guz ten rośnie pod paznogciem, sprawiając znaczne bóle, unosi powoli paznogieć i z początku nie daje żadnych wyraźnych objawów; dopiero później wyrasta poza granicę paznogcia i staje się widocznym. Rozpoznanie w początkach należy stawić na podstawie silnych, uporczywych bólów jedynie przez wykluczenie. Leczenie polega na wyjęciu paznogcia i wyłyżeczkowaniu guza. Pod mikroskopem guz ten okazuje okazuje utkanie mięsakowate — komórki rozrastają się ze śródbłonka naczyń i bujają na zewnątrz w najbliższym ich sąsiedztwie. Jestto nowotwór łagodny. *Herman.*

Prof. W. J. Rasumowsky. **Przczynek do techniki operacyjnej dużych bąblowców.** *(Archiv Langenbecka* T. 63, Z. 1). Po doszczętnem wyłuszczeniu bąblowca z któregokolwiek narządu jamy brzusznej, pozostawiamy dużą jamę losom niepewnym. W szczególności zaś w razie przypadkowego ropienia w owej jamie chory może być narażony na pokaźne niebezpieczeństwa. Usunąć je, choćby częściowo, stara się R. przez to, że szwami, w sposób właściwy, zrozumiały dopiero po przyjrzeniu się ilustrującym tekst rycinom, ustala narząd, z którego torbiel wyjęto, tuż popod raną w ścianach brzusznych w ten sposób, że przez wyjęcie szwu, zamykającego równocześnie łożysko bąblowca i ranę polaparotomijną, można ową jamę napowrót otworzyć, nie otwierając równocześnie jamy otrzewnowej, ropę wypuścić, wydrenować, lub stosować inne zabiegi lecznicze. *Herman.*

C. Beck. **Przyczynek do złamań dolnej nasady kości promieniowej.** *(Archiv Langenbecka* T. 63, Z. 1). W rozprawce tej zwraca B. uwagę na okoliczność wcale częstą i bynajmniej nie wyjątkową, że typowemu złamaniu nadgarstkowemu kości sprychowej towarzyszyć może złamanie dolnej nasady kości łokciowej, lub przynajmniej jej wyrostka rylcowego. Przeoczenie tego faktu bywa często przyczyną złego wygojenia się owego złamania kości promie-

niowej. Dokładne badanie, a zwłaszcza radyoskopia Röntgenowska, powtarzana często już podczas rozpoczętego leczenia, może uchronić przed tem przeoczeniem, a specyalnie już w trakcie leczenia naprawić możemy nieprawidłowe ustawienie odłamków, gdy röntgenogram ten stan wykaże. *Herman.*

F. Staffel. **Zwichnięcie kości łódkowatej i księżycowatej.** (*Archiv Langenbecka T. 63. Z. I*). Gdyby nie promienie Röntgena, dokładne rozpoznanie zwichnięć kości łódkowatej i księżycowatej nie byłoby możliwe. W $2^1/_2$ miesięcy po upadnięciu na dłoń pacyent bez jakichkolwiekbądź zmian w ustawieniu ręki nie mógł jej zginać dodłoniowo. Przy badaniu wyczuwało się tylko guzek kostny poniżej nasady kości promieniowej. Na röntgenogramie natomiast można było stwierdzić niewątpliwie, że chodzi tu o zwichnięcie złamanej kości łódkowatej i księżycowatej. Dolny odłamek kości łódkowatej wyczuwało się poniżej kości sprychowej, górny natomiast odłamek leżał po części przed kością główkowatą; zwichnięta zaś kość księżycowata, nie dająca się klinicznie wybadać, przesunęła się poprzed kości: główkowatą, haczykowatą i trójgraniastą. Na proponowane wyjęcie kości łódkowatej chory się nie zgodził. *Herman.*

R. v. Hippel. **Przyczynek do całkowitego wycięcia krtani.** (*Archiv Langenbecka* T. 63, Z. 1). W przypadku rozlanego mięsaka krtani, w którym musiała być wycięta cała krtań, zastosował autor metodę, zaleconą przez Foederlego, polegającą jak wiadomo na tem, że pozostałą po operacyi tchawicę podciąga się ku górze, korzystając z bardzo znacznej jej ruchomości i brzegi jej zeszywa się z błoną śluzową gardła. W tym przypadku metoda ta nie święciła bynajmniej tryumfu. Szwy zropiały, tchawica się oderwała i opadła ku dołowi tak, że H., ratując życie operowanego musiał już następowo postąpić sobie wedle metody Gluck-Zellera i kikut tchawiczy wszyć na zewnątrz w dolny kąt rany. Tę ostatnią metodę stawia autor ponad sposób Foederlego. *Herman.*

VII. XXX Kongres chirurgów niemieckich w Berlinie.

zestawił **Dr. W. Herman.**

(Dokończenie).

O znieczulaniu mówił Mikulicz. Obecnie częściej używa eteru, po wstępnem wstrzyknięciu morfiny. Do miejscowego znieczulenia zaleca anestyl (przez rozpylanie). Użył 40 razy kokainowej analgezyi drogą rdzenia; nie unosi się jednak zbytnio nad tą metodą, widział bowiem bardzo groźne, nieoczekiwane działanie uboczne. Następnie mówił Bier o tym samym przedmiocie. Idyosynkrazya chorych i nie zawsze jednakowy skład kokainy sprawiają, że metoda znieczulania drogą rdzeniową nie powinna przejść poza mury klinik. Przypomina, że przed wstrzyknięciem kokainy powinno się odpuścić odpowiednią ilość płynu mózgowordzeniowego. Po wstrzyknięciu zakłada opaskę elastyczną na szyję, aby zapobiedz działaniu kokainy na mózg (?) Braun (Lipsk) demonstruje przyrząd *Junckera* zmodyfikowany do uśpienia równocześnie eterem i chloroformem, a Wohlgemuth — urządzenie ułatwiające równoczesne *wdychiwanie chloroformu i tlenu.* Krönlein mniema, że uśpienie przy *resekcyi szczęki górnej* szkodzi i jest zbyteczne. Wystarczy morfina i częściowe odurzenie narkotykiem. Kohlhardt stwierdził, że kokaina w tkankach traci swe własności trujące. Dawka trująca wstrzyknięta w kończynę po założeniu opaski Esmarcha, nie działała wcale szkodliwie.

Następnie mówiono o operacyach *raka macicy.* Przeważna część oświadczała się za drogą pochwową, dodając mało znaczne modyfikacye. Jeden tylko Brenner przemawiał za operowaniem drogą sakralną, po tymczasowym wypiłowaniu kości krzyżowej. Natomiast Freund i Wertheim, a zwłaszcza ten ostatni, zalecają iść drogą laparotomijną: ma się wówczas doskonały przegląd całego pola operacyjnego, można wydalić z parametryum i wyjąć zajęte gruczoły.

O raku mówił najpierw Petersen, demonstrując pracowite modele z płytek woskowych, naśladujące budowę, wzrost i histogenezę raków skórnych. Nils Sjöbring pokazał i opisał pasorzyta raka, przez siebie odkrytego. Pasorzyt ten poza ustrojem ludzkim szybko ginie. Ehrhardt zaleca rany po wyłuszczeniu nowotworów złośliwych przemywać wrzącą wodą, aby w ten sposób zabić resztki nowotworu, któreby jeszcze mogły pozostać.

Werkmester przedstawiał chorą, u której wyciął całą krtań. Hacker spostrzegał przypadek głębokiej ropówki szyi z zajęciem śródpiersia przodkowego, która powstała po skaleczeniu przełyku.

Küster opisuje *nową metodę eksartykulacyi stopy,* w której płat skórno-kostny, zawierający nieuszkodzoną kość piętową, wkłada się między widełka obu kostek. Nadto wspomina o *6 plastykach części miękich nosa* ze skóry ramienia.

Henle mówił *o zapaleniu płuc po laparotomii.* Powikłanie to częściej zdarza się u mężczyzn, niż u kobiet. Sądzi, że główną przyczyną jest oziębienie podczas operacyi. Krönlein głównie obwinia usypianie, a Kümmel jest zdania, że powikłanie to, każe źle rokować, bo (zestawił na 40 zapaleń płuc 26 zejść śmiertelnych) występuje tylko u pacyentów osłabionych, już przed operacyą okazujących zmiany nieżytowe w płucach. Zaleca często zmianę położenia.

Meinhardt Schmidt *o hyperemesis lactantium (neonatorum)* sądzi, że cierpienie to polega na kurczowem zwężeniu odźwiernika i uleczyć się daje przez rozciągnięcie jego (Loreta) Borchert widział na 11 gastrostomii 2 razy *ostrą rozstrzeń żołądka,* wywołaną zdaniem jego z jednej strony zrostami żołądka z powłokami, z drugiej — nagromadzaniem się soku żołądkowego. Samter zachwala tamponowanie jamy otrzewnowej workami Mikulicza.

Eiselsberg mówił o różnych środkach pomocniczych przy *uranoplastyce.* W przypadkach trudnych przepiłowuje za radą Billrotha wyrostek skrzydlasty. Jeden przypadek wyleczył przez wszczepienie płatu skórnego z przedramienia. Szypułę przeciął 10-go dnia. W innym przypadku zużytkował lemiesz (vomer) do zakrycia szczeliny. Jednego zaś razu poprawił kształt przypłaszczonego nosa po operacyi wargi zajęczej przez przeszczepienie małego palca. J. Wolff operował *300 razy wilczą paszczę,* nigdy nie miał potrzeby uciekać się do metody Billrotha. Operując dwuczasowo, pokrywał nawet szerokie szczeliny. Ten sam prelegent przedstawił następnie chorą, u której przed 23 laty wyciął łokieć i obecnie stwierdzić można ruchy mierne, a skrócenie kończyny bardzo nieznaczne. Wreszcie demonstrował chorego z wyleczonem *drogą osteoplastyczną* złamaniem rzepki. Cramer po oddłutowaniu przyrośniętej rzepki, zapobiegł powtórnemu zrośnięciu (ankylozie) przez włożenie płatu mięśniowego pomiędzy nią a kość udową i następowe odpowiednie leczenie ortopedyczne.

Omawiając w dalszym ciągu chirurgię kończyn, mówił Bunge o *wydolności czynnościowej kikutów poamputacyjnych,* którą zapewnić można bez uciekania się do metod osteoplastycznych poprostu przez odcięcie okostnej i wyłyżeczkowanie szpiku kostnego na głębokość 2—3 mm. Wtedy nie potworzą się tkliwe wyrośla kostne. Hofmeister zaleca nowy sposób odprowadzania *zwichnięć stawu barkowego.* Zakłada on na 10—15 min. prostopadle wyciąganie, obciążając je stopniowo 5—20 kg. Główka wskakuje wówczas sama do panewki, lub po lekkim ucisku od pachy.

Hildebrandt przy *zwichnięciu żuchwy,* 6 miesięcy trwającem, odsłonił staw i odprowadził wyrostek stawowy przy pomocy podważki. Tenże sam prelegent w 2 przypadkach *nawykowego zwichnięcia barku* wytworzył z powodzeniem nową panewkę stawową. Payer odprowadził 5 razy u dorosłych *zwichniętą kość udową* na drodze krwawej, oszczędzając usilnie mięśnie. W każdym przypadku, gdzie na powierzchniach stawowych znalazł jeszcze chrząstkę, osiągnął wynik dobry. Po odprowadzeniu nie zakłada opatrunków ustalających, a w trzecim tygodniu rozpoczyna ruchy bierne. Schede zdaje sprawę o jednym przypadku *obustronnego zwichnięcia bioder* u 5-cio letniego dzieciaka w przebiegu duru. Wstawienie udało się dopiero po otwarciu stawów, wyłyżeczkowaniu panewek i t. d. Potem opatrunek gipsowy. Wyleczenie. Rotter przedstawił kobietę, u której z powodu *włókniaka kości ramieniowej* musiał wydalić cały bark, poczem szwami ustalił wyrostek łokciowy w panewce łopatki. Naczynia i nerwy zachował wszystkie. Wynik dobry o tyle, że przy pomocy przyrządów ortopedycznych chora może używać ręki do różnych robót.

Katzenstein mówił o patologii i terapii *tarni dwudzielnej utajonej (spina bifida occulta).* Posiada dwa odpowiednie spostrzeżenia. Heusner zniósł u 24 let. kobiety *przykurczenie kolana* przez przyszycie mięśnia dwugłowego i półścięgnistego uda do ścięgna mięśnia czworogłowego. Reichard mówił o jednym przypadku *coxa valga* po poronieniu dziecięcem.

Goldmann radzi w obec *bliznowców (keloidów),* wyrastających z blizn, wycięcie nowotworu, natychmiastową transplantacyę naskórka. W rozprawach wspomina Lauenstein o zjawisku, że bliznowce (keloidy) tworzą się głównie wówczas, gdy cięcie sięga przez całą grubość skóry, niema ich zaś zwykle tam, gdzie cięcie przebiegało w samej skórze. Lewy-Dorn demonstruje kilka przy-

rządów, których główną częścią składową jest cyna płatkowata *(staniola)*, chroniących lekarza od wpływu promieni röntgenowskich.

Końcowe wykłady miały za treść chirurgię jamy brzusznej. Franke referuje *o wyłuszczeniu trzustki zrakowaciałej*. Operacyę tę dokonał u 68 letn. kobiety, u której przed dwoma laty wyciął odźwiernik z powodu, jak się zdawało, dobrotliwego zwężenia. Operowana zmarła w $^1/_2$ roku po operacyi, z powodu zajęcia rakiem gruczołów. Prócz przemijającej 3 dni trwającej cukrzycy żadnych innych zaburzeń, któreby odnieść można było do braku trzustki, nie było. Interpelowany nie zaprzecza jednakowoż możliwości istnienia trzustki dodatkowej. Rindfleisch zaleca w przypadku *zgorzeli pętli jelitowej uwięzłej*, wgłobienie części obumarłej i szew Lemberta, po zbliżeniu się części zdrowych jelita. Arens mówił o przypadku *płodowego zamknięcia w wstępującej krezce okrężnicowej* przedstawiającej żołądek klepsydrowaty.

Wykłady *o zapaleniu wyrostka robaczkowego* zakończyły obrady. I tym razem nie zgodzono się na jedno. Rehn i Sprengel są zwolennikami wczesnego operowania. Operują nawet w pierwszym napadzie, skoro tylko pewni są rozpoznania. Sądzą, że operacya jest tem łatwiejsza, czem wcześniej się operuje. Riese i Noll głoszą podobne zapatrywania. Rotter wykazuje na swoich 131 przypadkach, w których siedmdziesiąt razy był ropień w zatoce Douglasa, że wyniki opróżniania tego ropnia przez pochwę, względnie odbytnicę, są lepsze, niż przy operacyi z miejsca typowego. Baumgartner zwraca uwagę na częste pomyłki w rozpoznawaniu, gdzie zapalenie wyrostka robaczkowego bierze się za jakieś cierpienie ginekologiczne i odwrotnie. Kümmel operuje w groźnych przypadkach natychmiast; w średnich wówczas, gdy tętno wyjdzie nad 120 ud. n. m. Drogę przez jamę brzuszną mowca uważa za niebezpieczną. Riedel jest zdania, że w 50% zapalenia wyrostka robaczkowego operować nie potrzeba. Operacya jest wskazaną tylko w przypadkach z wysoką gorączką i ciężkimi objawami, lecz wówczas trzeba ją przedsiębrać natychmiast. Podobnie wyrażał się Körte.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Od profesora Rydygiera otrzymujemy do ogłoszenia list następujący:

XI-ty Zjazd chirurgów polskich w Krakowie odbędzie się, o czem już donosiliśmy, 15 i 16 lipca r. b., podobnie jak w latach poprzednich. Zabaw i wycieczek nie będzie, ale natomiast ma być suta uczta naukowa, na którą wszystkich lekarzy polskich serdecznie zapraszamy. Zapraszamy zatem nietylko tych, którzy się specyalnie chirurgią trudnią, ale i tych, którzy pokrewne gałęzie medycyny uprawiają, więc ginekologów, laryngologów, otyatrów, dentystów i t. d., jak niemniej i tych wszystkich, którym nieobojętne są postępy chirurgii, a do tych z pewnością wszyscy nasi koledzy należą, choćby jedynie dlatego, że dzisiaj chirurgia na tylu polach granicznych styka się tak często z wszystkiemi innemi gałęziami nauk lekarskich.

U nas Zjazdy chirurgów mają większe znaczenie, niż gdziekolwiekbądź indziej. Prócz pracy nad postępem nauki mają one to ważne zadanie, żeby rozbudzić większe zaufanie we własne siły, nietylko u szerszej publiczności, ale nawet w niektórych kołach lekarskich. Minęły Bogu dzięki te czasy, kiedyto w Wiedniu, Berlinie lub Paryżu upatrywać było można lepiej wyposażone i urządzone zakłady, lub bieglejszych wykonawców sztuki chirurgicznej. Dziś bez pozoru przechwałek na pewno twierdzić możemy, że ani w jednym, ani w drugim względzie chirurgia polska nie ustępuje zagranicy. Może nareszcie dzięki naszym Zjazdom i tam wygłoszonym rozprawom zniknie przekonanie, że co obce, to lepsze i nie będzie potrzeba mieć marki zagranicznej, żeby uzyskać uznanie u swoich.

Dalszem, niemniej ważnem, zadaniem naszych Zjazdów jest uzyskanie większego zaufania w szerokich kołach lekarskich niechirurgicznych dla niektórych operacyj, dotychczas rzadko u nas wykonywanych. Przypominam tu tylko, jak jeszcze przed kilku laty stosunkowo rzadko wykonywano u nas operacye w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego i śmiem twierdzić, że to poczęści zasługa naszych Zjazdów i kilkakrotnie tam odbytych rozpraw, że dziś ta operacya i u nas należy do częstszych. Natomiast stwierdzam, że po dziś nie ma u nas chirurgii wątroby i dróg żółciowych, kiedy przeciwnie zagranicą w małych nawet szpitalikach rocznie setki takich operacyj się wykonywa. Wiem, że przyczyna tego poczęści leży w tem, że u nas wogóle mniej mamy tego rodzaju cierpień, niż gdzieindziej, że tam może zaczęsto i czasem bez koniecznej potrzeby wykonywane bywają odpowiednie rękoczyny chirurgiczne; ale z drugiej strony nie da się zaprzeczyć, że to nie tłomaczy zupełnie nader wielkiej rzadkości tych operacyj u nas. Sądzę, że przyczyny tego zjawiska szukać trzeba w czem innem. Zaufanie do operacyj w cierpieniach dróg żółciowych nie objęło wszystkich kół lekarskich, a przez nie nie przedostało się jeszcze do szerszej publiczności. Miejmy nadzieję, że i temu zaradzić potrafią nasze Zjazdy.

Tak więc, spodziewając się licznego udziału ze wszystkich stron, a zwłaszcza ze strony Kolegów ordynujących i Dyrektorów szpitali, zapraszamy na XI Zjazd chirurgów polskich jaknajserdeczniej. Dotychczas już zgłoszone liczne i zajmujące wykłady uprawniają nas do nadziei, że ten nasz Zjazd, rozpoczynający drugą dziesiątkę, nie pozostanie w tyle poza poprzednimi.

L. Rydygier,
prezes Zjazdów chirurgów polskich.

XI Zjazd chirurgów polskich. Do dnia dzisiejszego zgłoszono następujące odczyty:

1. Kol. Kader (referent): O znieczulaniu ogólnem i miejscowem.
2. Kol. Ziembicki: O znieczulaniu lędźwiowem.
3. Kol. Slęk (Lwów): O narkozie mięszanej tlenowo-chloroformowej sposobem Wohlgemutha, z przedstawieniem przyrządu.
4. Kol. Ruff (referent): O znaczeniu urazu w etyologii nowotworów złośliwych.
5. Kol. Herman (referent): O gruźlicy jąder.
6. Kol. Trzebicky: O leczeniu gruczolaków zołzowych na szyi.
7. Kol. Wehr: O podwiązywaniu tętnic wieńcowych serca.
8. Tenże: O pierwszym opatrunku własnego pomysłu.
9. Kol. Schramm: O guzach okolicy krzyżowej.
10. Kol. Kader: Chirurgia wątroby i dróg żółciowych.
11. Tenże: O leczeniu operacyjnem niezłośliwych zwężeń przewodu pokarmowego.
12. Kol. Rydygier: O leczeniu nowotworów odbytnicy (z przedstawieniem chorych i preparatów).
13. Tenże: Przyczynki do techniki operacyjnej na pęcherzu moczowym (z przedstawieniem chorej).
14. Tenże: Dalsze doświadczenia nad leczeniem operacyjnem przerostu gruczołu krokowego własnym sposobem.
15. Tenże: O wycinaniu śledziony.
16. Kol. Slęk (Lwów): O leczeniu operacyjnem choroby Glenarda.
17. Kol. Herman: W sprawie chirurgicznego leczenia zapaleń wyrostka robaczkowego.

Towarzystwo Samopomocy lekarzy.

VII posiedzenie Wydziału pod przewodnictwem prezesa prof. Jordana, dnia 25 kwietnia 1901 r. Uchwalono wyrazić podziękowanie Drowi Jekelesowi za jego ofiarność dla członków Towarzystwa. — Odczytano i przedyskutowano przysłane na piśmie przez członków wnioski, a mianowicie: 1) Dra Sawickiego z Kańczugi, aby wezwać wszystkich członków Towarzystwa do dobrowolnych składek na rzecz funduszu zapomogowego. 2) Dra Orskiego z Jaworowa, aby porozdzielać między członków puszki, do którychby odkładali pewien odsetek od honoraryów, oraz składali pieniądze od pacyentów, od których honorarym z jakichkolwiek powodów przyjąć im nie wypada; pieniądze te byłyby obracane na zasilenie funduszu zapomogowego. 3) Dra Mazanka ze Złoczowa, aby Wydział zapytał Izbę wschodnio-galicyjską, czy trwa nadal w zamiarze utworzenia funduszu zapomogowego, gdyż projekt ten nie przychodzi do skutku, a wstrzymuje tymczasem wielu kolegów ze wschodniej Galicyi od zapisania się do Towarzystwa Samopomocy. Na 2 pierwsze wnioski zgodzono się jednomyślnie i przydzielono je komisyi z trzech dla opracowania szczegółów; co do 3-go wniosku uchwalono zapytać Izbę w drodze prywatnej. — Z kolei przyjęto do wiadomości sprawozdanie referentów, że zgłoszone do Wydziału wnioski w sprawie taks sądowo-lekarskich odpadają wobec nowej ustawy, obowiązującej od 1 lipca b. r., również jak wniosek, dotyczący majątku dawnego gremium chirurgicznego wobec rozporządzenia rządu. Uchwalono poprzeć jak najenergiczniej w Wydziale krajowym i Sejmie

petycye Komitetu I Zjazdu lekarzy okręgowych. — W końcu załatwiono kilka spraw poufnych (Streszczenie protokółu). *Dr. Langie*, I sekretarz.

VIII posiedzenie Wydziału pod przewodnictwem wiceprezesa prof. Trzebickyego dnia 11 maja 1901. Odczytano i postanowiono zbadać sprawę kolegi B. z P. o ściągnięcie przez Towarzystwo zalegającego od lat pięciu honoraryum. Przyjęto do wiadomości ofertę Tow. Wzajemnych ubezpieczeń w Krakowie w sprawie udzielenia akwizytorów dla jednania członków Towarzystwa Samopomocy; decyzyę w tej sprawie odłożono do następnego posiedzenia. Uchwalono zapytać o bliższe szczegóły i sposób postępowania istniejące już od lat kilku w Berlinie Stowarzyszenie lekarskie, które ma na celu jedynie i wyłącznie ściąganie zaległych honoraryów. W sprawie wniosków, dotyczących konkurencyi przy wykonywaniu praktyki prywatnej przez lekarzy urzędowych uchwalono, po wysłuchaniu motywów referenta, przejść nad wnioskami tymi do porządku dziennego. Następnie uchwalono udać się z prośbą do jednego z posłów-lekarzy o bezzwłoczne wniesienie interpelacyi w parlamencie w sprawie wydanego już dawniej zakazu ordynowania lekarzom cislitawskim na terytoryum węgierskiem. Celem zapobieżenia skutecznego partactwu lekarskiemu i nadużyciom ze strony niepowołanych osób uchwalono odnieść się za pośrednictwem wszystkich Izb austryackich do Ministeryum i najwyższej Rady sanitarnej z prośbą o wydanie w tej mierze jak najenergiczniejszych zarządzeń. (Streszczenie protokółu). *Dr. Langie*, I sekretarz.

IX. Wiadomości bieżące.

† Aureli Plech.

Prowincyonalny ogół lekarski poniósł dotkliwą stratę: ubył szermierz, który przez blizko pół wieku walczył w szrankach cierpień i niedoli ludzkiej, lekarz głębokiej wiedzy i bogatego doświadczenia, obracający je nietylko na usługi i dla dobra chorych, lecz dzielący się nimi jaknajchętniej z każdym z młodszych kolegów, otaczających najgłębszą czcią posiwiałego w pracy Nestora zawodu, — lekarz, ceniony wysoko w całym kraju przez społeczeństwo, z którego setki tysięcy osób przez długi szereg lat szukały u Niego rady i pomocy w swych bólach i cierpieniach.

S. p. Aureli Plech, doktor medycyny i chirurgii, cesarski radca, emerytowany c. k. lekarz wojskowy, emerytowany lekarz powiatowy, były wiceprezydent Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, radca m. Jarosławia i członek wielu instytucyj humanitarnych i naukowych, zakończył życie w Jarosławiu d. 19 kwietnia b. r., licząc lat 72.

Zmarły należał do narodowości węgierskiej, szkoły średnie i Wydział lekarski ukończył w Peszcie, gdzie w r. 1854 otrzymał stopień doktora medycyny, a po pracach uzupełniających w zakresie medycyny wewnętrznej w szpitalach tamtejszych wstąpił w r. 1858 do służby wojskowo-lekarskiej. W r. 1859 odbył kampanię włoską, a w r. 1863 otrzymał na Uniwersytecie peszteńskim stopień doktora chirurgii, poczem w roku 1865 w charakterze c. i k. starszego lekarza wojskowego przybył do Jarosławia, gdzie było Mu przeznaczonem przez długie lata oddawać się pracy zawodowej i obywatelskiej dla dobra miasta, kraju i społeczeństwa, które On, jako prawdziwy syn swej nowej ojczyzny, całem swem szlachetnem sercem ukochał. Przyswoiwszy sobie bowiem w przeciągu krótkiego czasu język polski, porzuca po odbyciu kampanii w r. 1866 zawód wojskowo-lekarski i osiedla się jako lekarz praktykujący w Jarosławiu, przyjmując miejsce prowizorycznego c. k. lekarza powiatowego przy tutejszem starostwie, na którem to stanowisku, po przeprowadzonej w r. 1873 reorganizacyi i mianowaniu Go stałym lekarzem powiatowym, pozostawał do r. 1885. W tym właśnie roku odznaczony przez Najjaśniejszego Monarchę tytułem cesarskiego Radcy, ustąpił z posady rządowej, aby jeszcze z większym zasobem czasu przystąpić do zawodu praktycznego i oddać się wyłącznie na usługi chorych, szukających tłumnie dla Jego głośnego imienia z najdalszych zakątków naszego kraju rady i pomocy w nadwątlonem zdrowiu. Pracował też z podziwienia godną wytrwałością w lecie, jako lekarz zdrojowy w Truskawcu, w zimie zaś w Jarosławiu. Pierwsze brzaski dnia zastawały Go już oblężonego przez pacyentów i udzielającego porady lekarskiej, której użyczał każdemu bez różnicy stanu i pochodzenia jaknajsumienniej i najdokładniej; badając biedaków nie znał on pospiechu, gdy chodziło o wspomożenie ich fizyczne, moralne lub materyalne, pomimo że w salonie poczekalnym czekały na Niego osoby z najwyższych warstw społeczeństwa, bo nikt nie przestąpił progu Jego niepocieszony, nieobdarowany, niepokrzepiony na ciele i na duchu. Jak prawdziwy apostoł sztuki lekarskiej odwiedzał zarówno pałace, jak i chaty najuboższych, z tą samą chęcią i ofiarnością, a nie licząc się nigdy z własnemi korzyściami i wygodami, poświęcał cały swój czas i pracę tylko dla dobra chorych, nawet wtenczas, gdy sędziwy wiek już dawno przyprószył Jego włosy siwizną, a słabnący na siłach organizm domagał się coraz natarczywiej spokoju i odpoczynku po tylu latach trudu i niewygód. Lecz On nie ustawał — nie dla rozgłosu i sławy, bo tych nigdy nie szukał, ale z głębokiego poczucia obowiązku i prawdziwej miłości dla tych, co cierpieli i potrzebowali pomocy, dopóki ciężka choroba nie przykuła Go do łoża boleści, a wreszcie sroga śmierć nie przecięła nici tego, tak wydatnego i bogatego w zasługi życia.

Wieść o jego śmierci odbiła się bolesnem echem prawdziwego żalu w całym kraju: posypały się objawy szczerego i serdecznego współczucia dla osieroconej żony i rodziny, polały się łzy sieroce, łzy przyjaciół i biednych maluczkich, tracących w ś. p. Aurelim Plechu serdecznego druha, prawdziwego ojca i opiekuna. Wśród tego nastroju i wśród powszechnego żalu i żałoby miasta i powiatu, odprowadziliśmy zwłoki Jego d. 22 kwietnia w kilkutysięcznym tłumie na dworzec tutejszy kolei państwowej, zkąd, pożegnane licznemi mowami, odwiezione zostały do Węgier i pochowane w rodzinnych grobach, z napisem: *Bene merenti sit ei terra levis et jucunda.*

Jarosław, w maju 1901. *Dr. Jarosław Turzański.*

Kraków, dnia 23 maja.

* Pojutrze III Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich, rozpoczyna swe prace naukowe.

Zjazdy lekarskie czeskie i polskie z biegiem lat ściśle się zespoliły; udział lekarzów czeskich w zjazdach polskich i odwrotnie, — bardzo zbliżona, jeśli nawet nie taka sama, ich organizacya, łatwiejsze niż z innymi narodami słowiańskimi wzajemne porozumienie się itd., to są czynniki, dzięki którym nam na tych zjazdach w Pradze tak swojsko, jakbyśmy byli u siebie.

Z uczuciem pełnem szczerego i życzliwego zainteresowania się jadą lekarze polscy do Pragi: w Zjeździe tegorocznym uwydatni się 20-letni dorobek naukowy czeskiego Wydziału lekarskiego, ćwierćwiekowy niemal wynik umysłowego życia lekarzy i przyrodników czeskich. Z drugiej strony wiemy, że naród czeski znajduje się w kulminacyjnym punkcie swego odrodzenia: nie z bronią w ręku, lecz z pochodnią oświaty znaczy on swój pochód dziejowy i zgłoskami zwycięskiej pracy i wytrwałości woła do rzeszy wydziedziczonych ludów bratnich: »w tym znaku zwyciężycie«. Poznać głębiej Czechów, to tyle, co nabyć szkołę życia publicznego.

Kolegom bratniego narodu życzymy z szczerego serca, by III Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich przyniósł im bujne owoce naukowe, na chwałę wiedzy i przyszłości czeskiego narodu.

* Dochodzi nas bolesna wiadomość, że dnia wczorajszego zakończył w Poznaniu życie Tomasz Drobnik, znakomity chirurg i zasłużony obywatel. Obszerniejszy życiorys podamy w N-rze następnym.

* Towarzystwo lekar. krak. odbyło dnia 15. maja posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Wicherkiewicz miał wykład: „O wskazaniach i sposobie wykonania wypaproszenia gałki ocznej“. Po odczycie nastąpiło przedstawienie chorych i okazanie narzędzi przez kol. prelegenta i kol. Dr. Majewskiego.

* Dnia 15-go b. m. odbył się odczyt habilitacyjny Dr. Chlumskyego na temat: „Wrodzone zwichnięcie w stawie biodrowym“.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniwersytecie Jagiellońskim otrzymał Mieczysław Ignacy Staszewski.

* Dnia wczorajszego odbył się we Lwowie wykład habilitacyjny Dra Edmunda Kowalskiego na stopień docenta hidroterapii. Tytuł wykładu: »Wpływ zabiegów wodoleczniczych na ciepłotę ustroju«.

× Na zasilenie funduszu żelaznego dla wsparć lekarzy złożyli koledzy: Dr. Karol Stanowski 26 koron, uzyskanych jako honoraryum w drodze sądowej; Dr. Papée 15 koron. 50 h, jako resztę składki jubileuszowej prymaryusza Dra Rożańskiego; Dr. Walsleben 43 koron, jako pozostałość składki na wieniec dla ś. p. Dra Simona. Za dary te składam szan. ofiarodawcom, imieniem Izby szczerą koleżeńską podziękę. Skarbnik Izby lek. wsch. galic. *Dr. Pisek.*

* Dr. Aleksander Simon (polak) otworzył w Wiesbadenie Zakład wodo- i światło-leczniczy („Gazeta lek.« N. 20).

* Donoszą nam z Nauheim, że zniknięcie »Wielkiego sprudla“ (źródło N. VII), o którem donosiliśmy w N. 18, było tylko krótkotrwałe; obecnie źródło to zostało odszukane i daje jak dawniej wodę do kąpieli, niezmienioną w składzie, ciepłocie i ilości.

* Dr. S. Zaleski, prof. chemii w żeńskim Instytucie lekarskim w Petersburgu, opuszcza swoje stanowisko.

* Do d. 16 b. m. wpisało się członków i uczestników III Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich 850; odczytów zgłoszono 350.

* Minister spraw wewn. w porozumieniu z ministrem oświaty wydał rozporządzenie policyjno-sanitarne, mające na celu, zapobiedz przenoszeniu się na ludzi zarazka chorobotwórczego z przedmiotów, użytych do badań zawodowo-technicznych. Zakładom prywatnym wzbroniono robić mikroskopijne badania dyagnostyczne z zarazkami moru, cholery, żółtej febry, ospy i duru osutkowego. Zakładanie hodowli jakoteż doświadczenia na zwierzętach, dopuszczalne są tylko w zakładach umyślnie w tym celu urządzonych, po uzyskaniu uznania potrzeby i zezwolenia W. Rady sanitarnej. Rozporządzenie to kończy się instrukcyą dla służby, oraz wskazówkami, jak postąpić należy w razie zachorowania kogokolwiek z personalu takiego zakładu.

* W miejsce „Wracza«, którego wydawnictwo z nowym rokiem zostaje zawieszone, ma wychodzić „Ruski Wracz« pod redakcyą prof. Podwysockiego i Dr. Władisławlewa.

Mianowania i odznaczenia. Prof. nadzw. Déjerine mian. prof. zwycz. historyi medycyny w Paryżu. Dr. Planchon został mian. profesorem farmakologii w Montpellier. Profesorem patologii ogólnej w Kijowie mian. został Dr. Lindemann.

Nekrologia. Dr. Ewald Stein, lekarz kolei państw., zmarł na dur osutkowy w Tarnopolu. Grzegorz Asp, prof. anatomii, zmarł w Helsingforsie.

Bibliografia.

— *Medyczna* Nr. 20: Dobrzycki: Działalność lecznicza Stacyi klimatycznej. oraz zakładu kumysowego i wodoleczniczego w Sławucie, za ubiegłych lat 25. Puławski: Działalność lecznicza Nałęczowa za rok ubiegły (1900).

— *Gazeta lekarska* Nr. 20: Krokiewicz: Przyczynek do nauki o tętniaku aorty (dok.). Nencki i Sieberowa: Przyczynek do nauki o soku żołądkowym i składzie chemicznym enzym (dok.).

— *Kronika lekarska* Nr. 9: Ziemiński: Dwa przypadki t. zw. całokształtu objawów Hornera.

— *Zbirnyk matematyczno-pryrodopyśno-likarśkoi Sekcyi nauk. Towarystwa imeni Szewczenki T. VI.* Ozarkiewicz: Żółtaczka urobilinowa. Moraczewski: Nowe sposoby badania białka. Dakura: Z kazuistyki szpitalnej za r. 1899.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 20: Sitta: O méně častých změnách v míše při infantilni paralyse. Brabec: O gangraeně nosokomialni.

— *La Presse médicale* Nr. 38: Reclus: La méthode de Bier. Laugenhagen: Zapalenie śluzowo-błoniaste okrężnicy.

— Nr. 39: Debove: Obrzęk śluzakowy wrodzony i obrzęk śluzakowy nieokreślony.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 20: Braun: O usypianiu mięszanem eterowo-chloroformowem. Aly Bey Ibrahim: Przyczynek do wiedzy o żółtym zaniku ostrym wątroby, szczególnie o spostrzeganej przytem sprawie jej odrodzenia. Zusch: Przypadek raka wodnego z obrazem rozległych pleśniawek w późnym wieku. Cuno: Wyniki leczenia surowiczego błonicy (1894—1900). Tracheotomia i intubacya. Bähr: Urazowe złamania miednicy. Quadflieg: Przypadek pachwinowej przepukliny jajnikowej. Schmidt: Przyczynek do wykazania jadowitości zarazka płonicy. Meusel: Jaki należy zostawić kikut grucz. tarczykowego przy operacyi wola? Leusser: O skuteczności leczniczej kissingeńskich kw. węglowy zawierających kąpieli słonych w chorobach serca (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 20: Gruber: Wpływ wyskoku na przebieg chorób zakaźnych. Singer: Dalsze badania nad etyologią ostrego gośćca stawowego. Schmidt: Kliniczne rozpoznanie zawałów nerkowych i następowych przypadłości kolki nerkowej (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 20: Ascoli: Morfologia bakteryj i jej stosunek do zaraźliwości. Boas: O utajonym krwotoku w żołądku. Riegler: Prosta wolumetryczna metoda oznaczania cukru. Hirschberg: Sala operacyjna, zaopatrzona w przyrząd magnetyczny (c. d.). Brat: Zatrucia zawodowe i ich leczenie wdychiwaniami tlenu (dok.).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 20: Krause. Przyczynek do oznaczania miejsca usadowienia się guzów w rdzeniu pacierzowym, oraz opis przypadku, wyleczonego chirurgicznie. Cipollina: O kwasie szczawiowym w ustroju. Rosenfeld: O zatruciu tryonalem. Pinkus: Patologia i terapia opadnięcia żeńskiej cewki moczowej (c. d.).

Redakcya otrzymała. Jaruntowski: Z podróży do Egiptu. Zion: Bericht über das Augenambulatorium des israelit. Gemeinde-Spitales in Lemberg (1898—1900). Dieudonné: Immunität und Immunisierung. Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia za r. 1898. Mikucki: Żegiestów, jego środki lecznicze, wskazania i przeciwskazania, wraz z częścią informacyjną.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.